

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Prevenção da Tuberculose nas Crianças em Situação de Vulnerabilidade

Liliana Maria Botelho Ferreira

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Prevenção da Tuberculose nas Crianças em Situação de Vulnerabilidade


Liliana Maria Botelho Ferreira

Orientador: Professora Cláudia Bacatum

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa
que a fez tão importante”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Chegou o momento de expressar aqui a minha gratidão e reconhecimento, a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste projeto, tão importantes no meu percurso profissional e pessoal. Aos que me acompanharam mais de perto deixo uma particular referência:

À Professora Cláudia Bacatum, pela forma como me orientou, apoiou e estimulou durante todas as fases deste projeto. Agradeço a competência, a partilha de conhecimentos, as sugestões, os incentivos, a simpatia, e acima de tudo a prontidão e disponibilidade demonstradas ao longo deste percurso.

Ao Enfermeiro Mestre Rogério Dinis, meu orientador na prática clínica e também neste projeto, agradeço o profissionalismo, a disponibilidade, as sugestões, a segurança, a tranquilidade transmitidas, ter acreditado em mim, apoiando a concretização deste projeto e facilitando a sua replicação em várias unidades do ACES Lisboa Central.

A todos os professores do Curso de Mestrado pelos ensinamentos e partilha de saberes, fundamentais para a elaboração deste trabalho.

Aos colegas do 7º Curso de Mestrado por todos os bons momentos de companheirismo e de partilha. Um especial agradecimento às colegas Claudina Martins, Sara Horta e Susana Faustino, com quem tive o privilégio de trabalhar mais de perto, por terem sido um grupo de trabalho coeso e flexível, um suporte, que acredito que permitiu o crescimento de todas nós.

A toda a equipa da USF Ribeira Nova, a minha segunda casa, em especial à equipa de enfermagem que ficou sobrecarregada de trabalho na minha ausência. À Enf.^a Ana Gomes, colega de trabalho, amiga, por me ter apoiado nos momentos difíceis, por me ter ajudado a não desistir, por ter pacientemente lido alguns dos meus trabalhos, muito obrigada por cada vírgula e por cada ponto final!

À Equipa da UCSP Alameda, por me terem feito sentir em casa, agradeço a oportunidade de ter desenvolvido este projeto num contexto tão agradável, em especial ao Enf.º Ricardo Ferreira, pela sua participação enquanto responsável da Vacinação.

A todas as famílias que de forma gentil aceitaram participar na realização desta intervenção comunitária, sem a sua colaboração nada seria possível.

Aos meus amigos, em especial a ti, Sónia Jerónimo, que mesmo da outra ponta de Portugal, me fizeste sentir tão acarinhada, agradeço a compreensão e o incentivo.

Ao meu marido Pedro e ao meu filho André, agradeço o amor, a compreensão, a paciência e o apoio incondicional que demonstraram ao longo deste percurso.

Por fim, a ti mãe, a quem dedico tudo o que faço, agradeço a vida, a vocação para cuidar, e acredito que onde quer que estejas, estás sempre presente, a olhar por mim.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

Liliana Ferreira

RESUMO

Em Portugal tem-se verificado uma redução da incidência da tuberculose nos últimos anos. Apesar do perfil epidemiológico favorável, esta doença persiste associada a grupos vulneráveis, em especial nos grandes centros urbanos, como o distrito de Lisboa, que mantém incidências superiores à média nacional (DGS, 2015).

Sendo a tuberculose um problema de saúde pública, a sua prevenção é fundamental para o controlo da doença. Medidas de saúde pública, onde se inclui a vacinação BCG, são uma prioridade. Os enfermeiros, nomeadamente o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem competências para intervir, orientar e dar apoio a grupos vulneráveis, com o objetivo capacitar as pessoas para a prevenção da tuberculose e controle da doença.

O projeto de intervenção comunitária para a prevenção da tuberculose nas crianças em situação de vulnerabilidade, teve como finalidade capacitar as famílias das crianças em situação de vulnerabilidade, para a prevenção da tuberculose.

A metodologia utilizada foi a do Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, e o referencial teórico de enfermagem o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Na fase do diagnóstico de situação, procedeu-se ao levantamento dos problemas e para a sua priorização utilizou-se o método de Grelha de Análise. Assim, foram identificados como problemas prioritários: a adesão à vacinação não demonstrada, relativamente à vacina BCG e o potencial para melhorar os conhecimentos da família/ comunidade relativamente à prevenção da tuberculose.

Implementou-se uma intervenção de prevenção primária, através de estratégias de educação para a saúde e proteção específica para a tuberculose.

Através da avaliação da intervenção comunitária implementada conclui-se que os objetivos delineados foram atingidos, o que permitiu igualmente o desenvolvimento de competências ao nível de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Palavras-chave: Prevenção, Promoção da Saúde, Tuberculose, vacina BCG

ABSTRACT

In Portugal there has been a reduction in the incidence of tuberculosis in recent years. Despite the favorable epidemiological profile, this disease persists associated with vulnerable groups, especially in large urban centers, such as the Lisbon district, which has incidence above the national average (DGS, 2015).

As tuberculosis is a public health problem, its prevention is essential for the control of the disease. Public health measures, including BCG vaccination, are a priority. Nurses, particularly the specialists in Community Nursing and Public Health have the skills to intervene, guide and support vulnerable groups, with the aim of empowering people to prevent tuberculosis and control the disease.

The project of community intervention for the prevention of tuberculosis in children in vulnerable situations had the purpose of training the families of children in a situation of vulnerability for the prevention of tuberculosis.

The methodology used was that of Health Planning, according to Tavares, and the theoretical nursing reference the Nola Pender Health Promotion Model. At the stage of the situation diagnosis, the problems were surveyed and the Grid Analysis method was used for their prioritization. Thus, priority issues were identified: adherence to unconfirmed vaccination against BCG vaccine and the potential for improving family / community knowledge regarding tuberculosis prevention.

A primary prevention intervention was implemented through health education strategies and specific protection for tuberculosis.

Through the evaluation of the implemented community intervention, it was concluded that the objectives outlined were achieved, which also allowed the development of skills at the level of Specialist Nursing in Community Nursing and Public Health.

Key words: Tuberculosis, BCG vaccine, Prevention, Health Promotion

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO.....	10
1· JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA	12
1.1. A TUBERCULOSE.....	12
1.1.1 <i>A Tuberculose no Mundo e na Europa</i>	13
1.1.2 <i>Tuberculose em Portugal</i>	14
1.1.3 <i>Tuberculose na Criança</i>	17
1.1.4 <i>Estratégias de Prevenção da Tuberculose</i>	19
1.1.5 <i>A Tuberculose associada a situações de vulnerabilidade</i>	21
2· REFERÊNCIAL TEÓRICO	23
2.1. O MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER.....	23
3· METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	25
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	26
3.1.1 <i>Contextualização do local de intervenção e da problemática</i>	26
3.1.2 <i>População alvo e amostra</i>	28
3.1.3 <i>Instrumento de colheita de dados</i>	28
3.1.4 <i>Análise de dados</i>	28
3.1.5 <i>Problemas Identificados</i>	30
3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	31
3.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	33
3.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	35
3.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	38
3.6. AVALIAÇÃO	42
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

ANEXOS

ANEXO I – DADOS DA TUBERCULOSE NO ACES LISBOA CENTRAL

ANEXO II – GRELHA DE ANÁLISE: RECOMENDAÇÕES

APÊNDICES

APÊNDICE I - HISTÓRICO DA REVISÃO *SCOPING*

APÊNDICE II - DIAGRAMA ADAPTADO DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER...

APÊNDICE III - CRONOGRAMA

APÊNDICE IV - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ACES

APÊNDICE V - GUIÃO DE RECOLHA DE DADOS

APÊNDICE VI - TABELAS REFERENTES À COLHEITA DE DADOS

APÊNDICE VII - FOLHETO INFORMATIVO EM PORTUGUÊS

APÊNDICE VIII - FOLHETO INFORMATIVO EM MANDARIM

APÊNDICE IX - FOLHETO INFORMATIVO EM INGLÊS

APÊNDICE X - PLANO DA SESSÃO INDIVIDUAL DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XI - PLANO DA SESSÃO EM GRUPO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XII - DIAPOSITIVOS DA SESSÃO EM GRUPO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XIII – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XIV - PLANO PARA ATUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO VACINAL

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

BCG - Bacilo de *Calmette Guerin*

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DDO - Doença de Declaração Obrigatória

DGS - Direção Geral da Saúde

ECDE - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EpS - Educação para a Saúde

Mt - *Mycobacterium tuberculosis*

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR - Observatório Nacional de Doenças Respiratórias

PNT - Plano Nacional da Luta Contra a Tuberculose

PNV- Plano Nacional de Vacinação

SPP- Sociedade Portuguesa do Pulmão

TB - Tuberculose

TP - Tuberculose Pulmonar

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

USF - Unidade de Saúde Familiar

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, referente à implementação do projeto de intervenção comunitária. Foi desenvolvido de acordo com os objetivos individuais de aprendizagem, de forma a promover a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nas componentes científicas, técnicas e humanas na prática de cuidados especializados. Avaliar o estado de saúde de um grupo, tendo como base a metodologia de planeamento em saúde, implementar e avaliar as intervenções, utilizar estratégias adequadas à diversidade dos contextos assim como, contribuir para a capacitação de grupos ou comunidades, visando a obtenção de melhores níveis de saúde, nos indivíduos, grupos e comunidade.

O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Alameda, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Central. A intervenção comunitária decorreu no período de 26 de Setembro de 2016 a 10 Fevereiro de 2017, com incidência na “Prevenção da Tuberculose nas Crianças em Situação de Vulnerabilidade”.

Os enfermeiros, nomeadamente o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem competências para intervir, orientar e dar apoio a grupos vulneráveis, com o objetivo de reforçar a prevenção e controle da tuberculose. Sendo a tuberculose um problema de saúde pública, a sua prevenção é fundamental para o controlo da doença, tendo como finalidade quebrar a cadeia de transmissão da infeção. Medidas de saúde pública onde se inclui a vacinação BCG, são uma prioridade.

Capacitar as pessoas para a prevenção da transmissão da tuberculose é uma estratégia de Saúde Pública que pode reduzir a incidência desta doença. Assim, o estágio de intervenção comunitária teve como finalidade capacitar as famílias das crianças em situação de vulnerabilidade acrescida, para a prevenção da tuberculose e como objetivos: Identificar os grupos de crianças em situação de vulnerabilidade

para a tuberculose; Promover a adesão à vacina BCG nas crianças identificadas como pertencentes a grupos vulneráveis e contribuir para a aquisição de conhecimentos, por parte das famílias das crianças em situação de vulnerabilidade, sobre a vacina BCG.

Em Portugal, assistiu-se a uma permanente ruptura de fornecimento da vacina BCG, pelo que surgiu o desenvolvimento de um projeto na área da prevenção da tuberculose em crianças vulneráveis, através de uma estratégia de proteção específica com a vacinação, com vista ao controlo da doença e diminuição da morbilidade associada.

Apesar de se assistir a uma diminuição constante da taxa de incidência de tuberculose, a cidade de Lisboa tem ainda uma incidência intermédia.

O desenvolvimento da intervenção teve como alicerces a evidência científica, pelo que se realizou uma revisão *Scoping* da literatura (Apêndice I) e pesquisa em páginas institucionais, artigos e outros documentos recentes, que têm estudado a problemática da tuberculose. A metodologia do Planeamento em Saúde foi o eixo norteador da implementação da intervenção e como referencial de enfermagem, adotou-se o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

O presente relatório apresenta-se em quatro capítulos: o primeiro capítulo apresenta a revisão de literatura tendo em conta a temática, justificando a sua pertinência. No segundo, apresenta-se o referencial teórico norteador de toda a intervenção. No terceiro descrevem-se as etapas da intervenção comunitária de acordo com a metodologia utilizada do Planeamento em Saúde, fazendo referência às questões éticas e à contextualização do local de estágio. Por fim, são apresentadas as considerações finais, onde se encontram as limitações e implicações do projeto. Foi também feita uma reflexão sobre as principais competências de enfermeiro especialista de saúde comunitária adquiridas com este percurso académico e profissional.

A redação do relatório foi realizada segundo o novo acordo ortográfico, obedecendo à norma portuguesa NP 405 (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2017).

1- JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1. A Tuberculose

O agente responsável pela tuberculose é o *Mycobacterium Tuberculosis*, vulgarmente denominado bacilo da tuberculose ou bacilo de *Koch*. A via de transmissão é de pessoa para pessoa, por via aérea através de gotículas da garganta e dos pulmões de pessoas com a doença respiratória ativa. A tuberculose é um problema de saúde pública pelo que a sua prevenção, diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para o controlo da doença em todo o Mundo (Direção Geral da Saúde, 2016).

A tuberculose pulmonar, ou das vias aéreas superiores, é aquela que se apresenta com uma maior preocupação de saúde pública por ser de fácil transmissão e contágio. As pessoas com diagnóstico de tuberculose pulmonar são habitualmente bacilíferas, ou seja contêm bacilos na expectoração, que ao tossir, falar ou espirrar, libertam pequenas gotículas que transportam o bacilo de *Koch* para o ar. Estas gotículas são invisíveis a olho nu e podem ficar em suspensão no ar ambiente durante várias horas, particularmente se a pessoa portadora estiver num local não ventilado. A probabilidade de se ser infectado com o bacilo de *Koch* depende do número de gotículas infecciosas no ar, do tempo e local de exposição assim como da suscetibilidade do indivíduo exposto a esse ambiente. Os bacilos que ficam no ar entram no organismo dos contactos através da respiração e depositam-se nos pulmões, podendo acontecer três situações (1) as defesas imunitárias conseguem eliminar os bacilos e o indivíduo mantém-se saudável; (2) os bacilos vencem as defesas do organismo evoluindo para doença com o aparecimento de sintomas como tosse, expectoração prolongada, emagrecimento, sudorese noturna ou febrícula de predomínio vespertino (ao fim do dia); (3) as defesas não conseguem eliminar eficazmente o bacilo, mas conseguem mantê-lo inativo no interior do organismo, denominando-se tuberculose latente (Sociedade Portuguesa do Pulmão, 2016).

1.1.1 A Tuberculose no Mundo e na Europa

Mundialmente, as estratégias implementadas para a luta contra a tuberculose têm permitido reverter a incidência desta doença, sendo que a incidência decresceu em média 1,5% ao ano desde 2000 sendo atualmente 18% inferior ao nível de 2000. Apesar destes avanços e da maioria dos casos poderem ser curados, a tuberculose continua a ser uma das maiores ameaças do mundo (W H O, 2015).

Em 2014, 9,6 milhões de pessoas estavam doentes com tuberculose e 1,5 milhões de pessoas morreram, em que 890 000 são homens, 480 000 mulheres e 140 000 crianças. A tuberculose encontra-se a par com o VIH como uma das principais causas de morte no mundo, tendo a OMS como meta até 2030, reduzir o número de mortes por tuberculose em 90% e a taxa de incidência em 80% (WHO, 2015).

A tuberculose é prevalente em todos os países da União Europeia (UE) e continua a ser uma prioridade de saúde pública, independentemente das taxas de incidência local. Em 2014, foram notificados 58 008 casos de tuberculose na UE, com uma taxa de incidência de 12,8 casos por 100 000 habitantes. A sua epidemiologia difere de país para país e depende, entre outras coisas, das estratégias de luta contra a tuberculose implementadas por cada Estado-Membro da UE. Países que têm uma incidência moderada ou alta de tuberculose (mais de 20 casos por 100 000 habitantes) têm prioridades diferentes em comparação com os países que se encontram na fase de eliminação (menos de 10 casos por 100 000 habitantes). Com a redução da incidência da tuberculose na maioria dos países da UE, a doença concentrou-se em populações no extremo inferior da escala socioeconómica e especialmente entre as populações vulneráveis e socialmente excluídas. Assim, a tuberculose na UE é caracterizada por uma mudança na carga de doença da população em geral para subgrupos específicos da população (European Centre for Disease Prevention and Control, 2016).

1.1.2. Tuberculose em Portugal

Em Portugal, a tuberculose constitui ainda um problema de saúde pública grave, apesar de nos últimos anos se assistir a uma diminuição gradual da sua incidência em todo o país.

Em 2014, foram notificados **2264** casos de tuberculose, sendo 2080 casos novos. A taxa de notificação foi de 21,8/100.000 habitantes e a taxa de incidência de 20,0 casos por 100.000 habitante. Estes números significam um decréscimo de 5% em relação a 2013. Em 2015, foram notificados **2089** casos de tuberculose, mais de 90% casos novos (Observatório Nacional de Doenças Respiratórias, 2016).

No âmbito do Dia Mundial da Tuberculose (24 de Março), dia em que o Dr. *Robert Koch*, em 1882, descobriu o bacilo que causa a tuberculose, o Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida e Tuberculose, da DGS, apresentou dados provisórios relativos à incidência de tuberculose em Portugal em 2015. A taxa de incidência de novos casos em Portugal situou-se abaixo dos 20 novos casos por cem mil habitantes (18,6 por 100 mil habitantes), número mais baixo desde que há registos. Apesar dos avanços demonstrados, continua a ser um valor alto para um país europeu, sendo forçoso continuar a implementar estratégias para reduzir drasticamente esse número.

Parece consolidar-se o facto de que Portugal se aproxima dos países de baixa taxa de incidência (menos de 20 casos por 100.000 habitantes), mas continuamos a ser o país da Europa Ocidental com maior taxa de incidência pela doença (DGS, 2015).

Em 2015, a situação da tuberculose em Portugal, apresentava um perfil epidemiológico favorável, sendo a doença de declaração obrigatória (DDO) com maior relevância epidemiológica no país e igualmente na cidade de Lisboa, devido à sua magnitude, no conjunto das outras doenças, por ser de evolução prolongada e pela frequente associação a determinantes socioeconómicos. Assim, a luta contra a tuberculose não pode diminuir pois em grupos vulneráveis, nomeadamente nos grandes centros urbanos, como os distritos do Porto e Lisboa, a incidência é superior à média nacional (DGS, 2015).

Os determinantes sociais da saúde, como a situação socioeconómica, determinam o seu estado de saúde e a acessibilidade aos cuidados. Em Portugal,

um número significativo da população vive em condição de pobreza e apresenta níveis de literacia muito baixos. Apesar das garantias constitucionais de equidade na saúde, existem grandes assimetrias no acesso aos cuidados de saúde (Lima, 2006).

O alto risco de tuberculose em algumas áreas de Portugal está relacionado com a alta prevalência de VIH / SIDA, densidade populacional, alojamento lotado, desemprego e número de imigrantes fora do padrão provenientes de países com alta incidência de tuberculose. A concentração de jovens adultos, também pode contribuir para o aumento do número de casos pois a incidência é maior em indivíduos com idade entre os 25 e os 44 anos. Os determinantes sociais no controlo da tuberculose são de extrema importância para caracterizar o perfil das regiões portuguesas com taxas de incidência mais elevadas (SPP, 2016).

Segundo os Censos 2011 (INE), a população estrangeira em Portugal cresceu cerca de 70% na última década. Em Março de 2011 residiam 394.496 estrangeiros, representando 3,7% dos residentes do País. Mais de metade dos estrangeiros residentes em Portugal (51,6%) habita na região de Lisboa, e a nacionalidade mais representativa é a brasileira (cerca de 28%), seguindo-se a cabo-verdiana (10%). A comunidade ucraniana representa cerca de 9%, seguindo-se a angolana (6,8%) e a romena (6,2%). As pessoas provenientes da Guiné Bissau (4,1%), China (2,9%), Moldávia (2,7%), e São Tomé e Príncipe (2,6%), também foram representativas. A população estrangeira residente em Portugal em 2011 era constituída maioritariamente por mulheres apresentando uma estrutura etária jovem, com idade média de 34,2 anos. O ensino secundário era o nível de escolaridade mais representado. Mais de 60% da população estrangeira é ativa. As 5 profissões mais representadas nos estrangeiros empregados são: trabalhadores da limpeza (15,2%) seguindo-se os vendedores em lojas (8,8%), os trabalhadores da construção (7,0%), os cozinheiros (5,2%) e os empregados de mesa e bar (3,5%).

Estima-se que a taxa de incidência de tuberculose na população estrangeira em 2014 foi de 95,4/100.000 habitantes, o que significa que têm 4,8 vezes mais probabilidade de contrair tuberculose do que a população nacional (DGS, 2015).

Em relação á proteção específica contra a tuberculose, o Plano Nacional de Vacinação (PNV) preconizava as orientações da OMS, recomendando a vacina BCG ao recém-nascido como medida de controlo e eliminação da tuberculose. Desde Maio de 2015, que as crianças deixaram de a ser vacinadas com o BCG, por

problemas de fornecimento da vacina. A única vacina BCG disponível em Portugal era proveniente de um laboratório farmacêutico dinamarquês, que nos últimos anos fornecia a vacina com interrupções imprevistas e de duração variável (DGS, 2015).

Apesar dos constrangimentos existentes, as coberturas vacinais mantinham - se elevadas, sendo que em Dezembro de 2014, cerca de 95% das crianças nascidas nesse ano estavam vacinadas com o BCG á nascença (DGS, 2015).

Com a redução da incidência, foram-se cumprindo os critérios para o controlo da tuberculose recomendados pela OMS, nomeadamente a existência de um sistema de vigilância eficaz e uma incidência anual de meningite tuberculosa, em crianças com menos de 5 anos de idade, inferior a 1:10.000.000 habitantes, nos últimos 5 anos (DGS, 2015).

A OMS e a UNICEF recomendam que países com baixa incidência e que cumpram os critérios de controlo da tuberculose, adoptem uma estratégia de vacinação de grupos de risco. Dado que Portugal atingiu níveis de controlo da doença satisfatórios, a DGS decidiu que a vacinação com o BCG é exclusivamente para as crianças em situação de vulnerabilidade, pertencentes a grupos de risco para a tuberculose uma vez que beneficiam individualmente com a vacinação (DGS, 2015).

Desta forma, foram definidos como grupos de risco as crianças com idade inferior a 6 anos:

- provenientes de países com elevada incidência de tuberculose;
- que terminaram o processo de rastreio de contactos e/ou esquema de profilaxia/tratamento;
- cujos pais, outros coabitantes ou conviventes apresentem:
 - infeção VIH/SIDA (após exclusão de VIH na criança);
 - dependência de álcool ou de drogas;
 - naturalidade de país com elevada incidência de tuberculose (definidos pela OMS);
 - antecedentes de tuberculose;
- pertencentes a comunidades com risco elevado de tuberculose;
- viajantes para países com elevada incidência de tuberculose.

Em Janeiro de 2017 entrou em vigor uma atualização do PNV, em que a vacinação universal com a vacina BCG não está preconizada, sendo unicamente disponibilizada como estratégia de vacinação para crianças que pertencem a grupos de risco para a tuberculose ou as que vivem numa determinada comunidade, com uma elevada incidência da doença (DGS, 2016).

1.1.3. Tuberculose na Criança

A história natural e apresentação clínica da tuberculose em crianças difere da dos adultos. As crianças geralmente são infectadas com tuberculose através do agregado familiar ou pela comunidade através do contato com adultos infectados. A tuberculose ativa em crianças com menos de 10 anos, tende a ser menos contagiosa, dado que as crianças geralmente têm uma tosse reduzida e expulsão mínima de bacilos. Estas, e particularmente os recém-nascidos, estão em risco elevado de desenvolver outras formas de tuberculose, como a meningite tuberculosa e tuberculose disseminada, que se não forem diagnosticadas e tratadas precocemente, pode resultar em morte (Schub, e March, 2015).

O diagnóstico de tuberculose em crianças é difícil por vários fatores, tais como a ausência de sintomas ou a presença de sintomas específicos assim como pela dificuldade em colher amostras de expectoração. O diagnóstico baseia-se principalmente na apresentação clínica, teste tuberculínico, e na radiografia ao tórax (Schub, e March, 2015).

A tuberculose na infância, nos países de baixa incidência, constitui 5% do número de casos, em comparação com 20% a 40% nos países com alta incidência. Em países com uma elevada prevalência da infecção por VIH, tem havido um aumento significativo na incidência e uma diminuição de idade pico na prevalência. Assim, a maioria dos casos ocorrem em adultos jovens, que muitas vezes são pais de crianças pequenas. Esta situação epidemiológica sugere que as crianças de países em desenvolvimento irão emergir como um grupo de alto risco. Nos países industrializados, países de incidência baixa ou média, a tuberculose na infância está intimamente associada à pobreza e a maioria dos casos são detectados através de rastreio dos contactos, com bons resultados. Um aspecto único da tuberculose em

crianças é a sua progressão imperceptível e, muitas vezes rápida para a doença. O risco de desenvolver a doença após a infecção é determinado por vários fatores, incluindo a idade de exposição, estado nutricional e imunológico, fatores genéticos, virulência do organismo e a magnitude da infecção inicial. Na história natural da tuberculose intratorácica na infância a infecção primária antes dos 2 anos de idade frequentemente progride para a doença dentro dos primeiros 12 meses. A mortalidade tem uma forte correlação com o nível socioeconómico, com o estado nutricional e imunossupressão (Swaminathan, e Rekha, 2010).

Um dos principais desafios da tuberculose infantil é estabelecer um diagnóstico preciso. São necessárias abordagens de prevenção da infecção (através da imunização) e da progressão da infecção latente para doença (quimioprofilaxia). O Bacilo de *Calmette Guerin* (BCG), uma vacina viva atenuada derivada da *Mycobacterium bovis*, desenvolvido na década de 1920, é administrada a crianças à nascença em muitos países. A vacina BCG não oferece proteção contra o desenvolvimento de tuberculose pulmonar em adultos, no entanto, tem-se mostrado protetora contra formas disseminadas de tuberculose em crianças pequenas. Para além da imunização é necessário dar atenção à nutrição infantil, melhorar as condições socioeconómicas e ambientais das comunidades e reduzir a tuberculose no adulto. Estas medidas são susceptíveis de ter um impacto significativo sobre a transmissão da tuberculose nas crianças (Swaminathan, e Rekha, 2010).

A condição de pobreza, o nível educacional, as dificuldades geográficas, as doenças crónicas, entre outros, reduzem a oportunidade de escolher bens essenciais à vida. Além destes fatores, as crianças têm a autonomia reduzida, não têm competências para decidir e fazer escolhas racionais, o que as torna mais vulneráveis (Morais, 2010).

1.1.4. Estratégias de Prevenção da Tuberculose

Sendo a tuberculose uma doença de transmissão inalatória, devem ser evitados os contactos respiratórios próximos não protegidos com pessoas que têm tuberculose em fase contagiosa, essencialmente se estas não estiverem a tomar medicação, ou se a tomam de forma irregular. Perante a impossibilidade de se evitar o contacto com a pessoa doente devem ser tomadas medidas de proteção que evitem o contágio. Os locais de contacto devem ser arejados e expostos à luz solar, pois o bacilo da tuberculose é sensível à ação dos raios ultravioleta e o uso de máscara é essencial em locais não ventilados (SPP, 2016).

A vacinação com o BCG é uma medida de prevenção das formas graves e disseminadas de tuberculose na criança, apesar de não evitar o contágio ou mesmo o desenvolvimento de doença. A revacinação ao longo da vida não aumenta o grau de proteção, não sendo por isso recomendada (SPP, 2016).

É necessário encontrar respostas adequadas e manter um combate eficaz da tuberculose. A sua concentração nos grandes centros urbanos e nas populações mais vulneráveis torna o seu controlo mais difícil. O doente deve ter acesso a cuidados de saúde, que no caso da tuberculose são totalmente gratuitos e não exigem qualquer referência, cumprir a medicação, adotar comportamentos que evitem a transmissão da doença aos seus contactos e identificar as pessoas do seu círculo familiar, social e profissional no sentido de permitir que se possa diagnosticar precocemente outros casos de doença ou de infeção latente (ONDR, 2016).

É conhecida a forte ligação da tuberculose aos fenómenos económicos e sociais das populações e a importância da criação de equipas multidisciplinares na abordagem desta doença (ONDR, 2016).

Desde o século passado que o papel da Enfermagem é reconhecido como fundamental na luta contra a tuberculose. A ausência de terapêuticas eficazes e de recursos financeiros, permitiu o investimento em estratégias preventivas sendo o papel das enfermeiras visitadoras da época como o de elo de ligação entre as instituições (sanatórios e dispensários) e os doentes e famílias (Vieira, 2015). Para Vieira (2015), os cuidados de enfermagem prestados permitiam detetar focos de pobreza, condições de higiene e sanitárias precárias e novos casos de tuberculose. Os cuidados prestados eram de proximidade junto do doente e família, eram

prestados cuidados relacionados com o tratamento mas igualmente na orientação e suporte psicológico aos doentes e família, com a finalidade de adesão às consultas e ao tratamento de longa duração. Desta forma a enfermagem assumiu-se como essencial na profilaxia da doença, destacando-se as suas intervenções ao nível da educação higiénica, medidas de minimização de risco de contágio e a imunização através da vacina BCG.

No âmbito do Programa Nacional da Luta Contra a Tuberculose, foi criado um Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose (2013), com a finalidade de uniformizar procedimentos e linguagem entre os enfermeiros, de acordo com as normas científicas mais recentes na área, o que contribui para uma melhor gestão da tuberculose. Os enfermeiros desempenham um papel significativo no controlo da tuberculose pelo que devem conhecer os sinais e sintomas da doença, como abordar a pessoa com suspeita ou com diagnóstico de tuberculose, avaliar o risco de transmissão da doença e promover medidas de controlo da sua transmissão.

Assim, é necessário divulgar às famílias, especialmente às mais vulneráveis as medidas preventivas e de controlo de transmissão não farmacológicas (divulgadas no referido manual de boas práticas):

- tapar sempre a boca ao tossir ou espirrar. Explicar que cobrir a boca e o nariz, ao tossir ou espirrar, é uma medida de etiqueta respiratória, importante para proteger os outros;
- efetuar o arejamento natural das instalações;
- lavar sempre as mãos após tossir ou espirrar;
- usar máscara cirúrgica se estiver doente;
- evitar transportes e lugares públicos no caso de estar infetado.

1.1.5. A Tuberculose associada a situações de vulnerabilidade

Para o controlo da tuberculose a nível nacional, devem ser feitos esforços para diagnosticar e tratar os casos que ocorrem entre os mais desfavorecidos e vulneráveis o mais precocemente possível.

Nas sociedades desenvolvidas, a vulnerabilidade social é o determinante mais importante do estado de saúde das populações (Lima, 2006). A vulnerabilidade pressupõe a existência de relações desiguais entre os indivíduos ou grupos. Assim, é importante reconhecer a vulnerabilidade, de forma a garantir o direito à autonomia e o respeito à dignidade dos indivíduos, especialmente no que se refere à saúde (Morais, 2010).

A vulnerabilidade resulta, tanto de aspetos individuais como do contexto e condições coletivas, que provocam maior suscetibilidade. Nichiata, et al (2008) distinguem vulnerabilidade e risco, visto serem conceitos muitas vezes utilizados como sinónimos. Assim, consideram que risco indica uma probabilidade enquanto vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social.

Segundo a ECDC (2016) populações vulneráveis e de difícil acesso são definidas como aquelas cujas condições ou estilo de vida socioeconómica tornam difícil reconhecer os sintomas da tuberculose e o acesso aos cuidados de saúde. Incluem pessoas sem-abrigo, utilizadores de drogas, pessoas com uso abusivo de álcool, presidiários, algumas populações de migrantes e outros grupos marginalizados e pobres.

Segundo San Pedro e Oliveira (2013), existe associação entre os fatores socioeconómicos (individuais e coletivos) e a ocorrência de tuberculose, verificando-se a associação direta entre tuberculose e alcoolismo, coinfeção com VIH, baixa escolaridade, baixo rendimento, carência alimentar, imigração e contato prévio com doentes com tuberculose.

As situações de vulnerabilidade que levam o indivíduo, neste caso a criança, a ser infetado é determinado por um conjunto de condições, entre as quais o comportamento. As intervenções, além de serem direcionadas para os comportamentos individuais, têm também que ter em conta os elementos externos - políticos, económicos, culturais e a oferta de serviços de saúde, de forma a aumentar a autoproteção e a capacidade dos indivíduos superarem as suas

debilidades. Na perspectiva da dimensão social de vulnerabilidade é fundamental envolver toda a equipa multidisciplinar quando se trata de problemas ou necessidades de saúde (Nichita, et al, 2008).

São necessárias abordagens personalizadas para a prevenção e controlo da tuberculose ativa nesses grupos, cujas condições ou estilo de vida socioeconómica tornam difícil o acesso aos serviços de saúde. Intervenções face às determinantes estruturais para tratar de questões como a pobreza e a superlotação, e intervenções específicas para detetar precocemente os casos a fim de interromper a transmissão e evitar complicações graves de diagnóstico tardio, limitar a progressão da infeção para a doença e garantir a conclusão do tratamento da tuberculose e cura (ECDC, 2016).

2- REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1. O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Os enfermeiros têm necessidade de adoptar um modelo teórico para guiar a prática, que os ajude a compreender os problemas e a adequar a intervenção, “a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos” (Tomey e Alligood, 2004, p.12).

O referencial teórico escolhido de suporte ao desenvolvimento do projeto foi o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender por este se basear na mudança de comportamento das pessoas, visando a promoção da saúde. Assim este será utilizado como estratégia para prevenir a tuberculose em crianças em situação de vulnerabilidade.

Este modelo tem uma visão holística, utiliza como alicerces as teorias de aprendizagem social, o que permite ao enfermeiro compreender como motivar as pessoas a adoptarem comportamentos saudáveis. O Modelo de Promoção da Saúde define como principais conceitos: a pessoa, o meio ambiente, a enfermagem, a saúde e a doença (Pender, 1996). Para aplicar o modelo à prática é necessário definir estes conceitos.

A **Pessoa** é um ser biopsicossocial com características individuais, e experiências de vida que influenciam os seus comportamentos, incluindo comportamentos de saúde (Pender, 1996). Neste contexto a pessoa é representada pelas crianças vulneráveis e suas famílias.

O **meio ambiente** é o contexto social, cultural e físico onde a vida se desenrola. O meio ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto facilitador à adoção de comportamentos que melhoram a sua saúde (Pender, 1996). Quanto ao ambiente este é o contexto socioeconómico e cultural em que vivem as famílias, a sua relação com o ambiente e o seu acesso a recursos de saúde.

A **Enfermagem** é a colaboração com os indivíduos, famílias e comunidades para criar condições favoráveis, de forma a atingir um alto nível de bem-estar e saúde (Pender, 1996). Pressupõe planear intervenções e estratégias individualizadas para estas famílias de forma a promover comportamentos saudáveis, e capacitá-las para a prevenção da tuberculose.

A **saúde** neste modelo é definida sob o aspecto individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, do potencial humano, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças. Assim, serão consideradas as experiências anteriores das famílias e a sua cultura, visto a maioria da população ser imigrante, sempre numa perspectiva holística.

Este modelo de enfermagem, pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, possibilitando avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (Sakraida, 2004). Para melhor compreensão do modelo foi desenvolvido um diagrama adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Apêndice II).

As **características e experiências individuais**, abrangem o comportamento anterior, comportamento a mudar, ou seja a não adesão à vacina BCG, e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) das crianças com idade inferior a 6 anos não vacinadas com BCG e suas famílias (Pender, 2012).

Os **sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar**, são formados pelas variáveis: percebe benefícios para ação, que reforçam as consequências de adotar um comportamento; percebe barreiras para ação (dificuldades e custos pessoais); percebe a auto – eficácia (capacidade pessoal de organizar e executar ações); sentimentos em relação ao comportamento; influências interpessoais (o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, profissionais de saúde); influências situacionais (o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde) (Pender, 2012).

O **resultado do comportamento** abrange o compromisso com o plano de ação, ações que possibilitem as famílias cumprirem o comportamento de promoção da saúde esperado de adesão à vacina BCG (Pender, 2012).

3- METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde “procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considerá-lo um processo de mudança social induzida” (Imperatori e Giraldes 1986, p.7). Tavares afirma que o Planeamento em Saúde “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares,1990, p.37).

Assim, Planeamento em Saúde é definido como “ a racionalização do uso de recursos com vista a atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores económicos” (Imperatori e Giraldes,1993, p. 23).

Tem como objetivo a implementação de programas/projetos alicerçados na identificação dos problemas de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, através da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, cujo objetivo fundamental é a obtenção de ganhos em saúde.

A avaliação da saúde da comunidade é um processo de definição de necessidades, oportunidades e recursos envolvidos em programas de saúde, em que as medidas a implementar devem ser cuidadosamente selecionadas de acordo com as características dos clientes e dos problemas de saúde encontrados. As intervenções na comunidade são profundamente vantajosas, pois promoverem alterações na população, focam-se em grupos vulneráveis e em grandes comunidades, e representam importantes fontes de informação para o desenvolvimento de novas políticas de saúde (Pender, Murdaught e Parsons, 2011).

Segundo Tavares (1990), para a elaboração de projetos com importância prática evidente, é necessário identificar as necessidades e problemas importantes na área da saúde, exigindo o dispêndio de recursos escassos, contribuir para a sua resolução e satisfazer os objetivos da instituição onde se pretende que seja desenvolvido. A metodologia utilizada no desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária teve como base o Planeamento em Saúde.

As principais etapas do Planeamento em Saúde, segundo Tavares são: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional; e avaliação (Tavares,1990).

3.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico da situação “é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária”, sendo que a “concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do Plano, do Programa, do Projecto” (Tavares, 1990, p.51). Após a definição do diagnóstico é então possível iniciar e justificar as atividades, sendo o ponto a partir do qual se avalia o avanço alcançado com as atividades implementadas (Imperatori e Giraldes, 1993).

Nesta fase foi elaborado um cronograma de atividades que se encontra em Apêndice (Apêndice III).

Tendo em conta os princípios ético-deontológicos, foi solicitada autorização à direção do ACES Lisboa Central, para o desenvolvimento do projeto, implementação da intervenção e divulgação dos dados e resultados para fins académicos. O pedido foi deferido, pelo Sr. Presidente do Conselho Clínico e encontra-se em anexo (Apêndice IV).

3.1.1. Contextualização do local de intervenção e da problemática

A intervenção comunitária foi desenvolvida no ACES Lisboa Central. Na UCSP Alameda foi criado um “Ponto de Vacinação BCG” para realizar a vacinação do BCG a todas as crianças elegíveis, inscritas nas unidades funcionais de saúde do ACES Lisboa Central.

O ACES Lisboa Central tem como zona de influência a área geográfica correspondente a 36 freguesias do concelho de Lisboa.

Estas freguesias abrangem uma área geográfica de 32,94 Km² contando, de acordo com os dados do Censos 2011, com uma população residente de 261.350

indivíduos (ACESLC, 2015).

O ACES Lisboa Central insere-se no território da velha capital, pelo que apresenta um índice de envelhecimento superior ao da cidade de Lisboa. A população residente na área de influência do ACES Lisboa Central caracteriza-se por índices de envelhecimento e dependência extremamente elevados, quando comparada com a região circundante da grande Lisboa e com os valores nacionais. Além do grande número de idosos, este ACES apresenta baixa escolaridade e um peso significativo de estrangeiros em contexto migratório. Estas características da comunidade são de grande importância para o Planeamento em Saúde e de cuidados a população (ACESLC, 2015).

A população inscrita, a 31/12/2014 era de 275.982 utentes frequentadores. Destes, 238.383 (86,4%) tinham médico de família atribuído. A população inscrita apresenta um perfil etário mais jovem do que a população residente na área de influência, o que se explica pelo elevado número de utentes inscritos nas unidades do ACES residentes fora da área de influência, na zona suburbana de Lisboa.

O ACES Lisboa Central, engloba na sua estrutura orgânica os Órgãos de administração e fiscalização (Diretor Executivo, Conselho Executivo, Conselho Clínico e Conselho da Comunidade); Órgãos de apoio (Unidade de Apoio à Gestão e Gabinete do Cidadão) e as Unidades Funcionais (9 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 10 Unidades de Saúde Familiar; 1 Unidade de Cuidados na Comunidade; 1 Unidade de Saúde Pública e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados).

Em 2014, a taxa de incidência de tuberculose na cidade de Lisboa foi de 44/100.000 habitantes (DGS, 2015).

Relativamente aos dados epidemiológicos da tuberculose no ACES Lisboa Central a análise das declarações obrigatórias de doenças transmissíveis, mostra que o ACES Lisboa Central, é a área de Lisboa com maior número de casos notificados entre 2010 e 2012 (ACESLC, 2013).

A elevada expressão de casos de tuberculose no ACES Lisboa Central, em relação aos restantes ACES da região de Lisboa é preocupante com um aumento significativo de cerca de 355 casos de 2010 para 2012 (Anexo I). Em 2015 o número de notificações foi de cerca de 52/100.000 habitantes, no ACES Lisboa Central, pelo que podemos concluir que neste ACES se verifica uma alta incidência de tuberculose (ACSLC, 2016).

3.1.2. População alvo e amostra.

A população alvo da intervenção comunitária são as crianças, com idade inferior a 6 anos, sem vacina BCG, elegíveis para vacinar, do ACES Lisboa Central. A 28/04/2016 a população era de 411 crianças. Das 88 crianças pertencentes à UCSP Alameda, 37 não têm médico de família atribuído (42%). Assim a amostra não probabilística de conveniência é constituída por estas 37 crianças inscritas na UCSP Alameda, elegíveis para vacina BCG, sem médico de família, por estas terem um acesso ao cuidados de saúde inferior às outras, podendo assim beneficiar com a intervenção.

3.1.3. Instrumento de colheita de dados

Os dados foram colhidos através do Módulo de vacinação SINUS, SClinico (processo clínico informático) e da base de dados interna, criada pelo ACES Lisboa Central, para referenciação das crianças elegíveis para vacinação BCG. Para organização e sistematização da colheita de dados foi elaborado um guião de colheita de dados (Apêndice V).

3.1.4. Análise de dados

Para a análise dos dados colhidos recorreu-se ao método de estatística descritiva, utilizando o programa informático Excel (Apêndice VI).

Os dados colhidos permitem a caracterização sociodemográfica da amostra e desta forma adequar as estratégias e intervenções a implementar nas fases seguintes. Apresentam-se e analisam-se de seguida os dados colhidos.

De acordo com a análise dos dados verifica-se que as crianças da amostra nasceram entre 2015 e 2016 pelo que a maioria tem idade inferior a 12 meses. Destas 23 crianças são do sexo feminino e 14 do sexo masculino.

Analisando os dados referentes ao número de consultas médicas efectuadas, verifica-se que a maioria das crianças não faz uma vigilância de saúde adequada, de acordo com o esquema preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil, dado

que pode estar relacionado com o facto de não terem médico de família atribuído e o acesso a consultas médicas, nas idades chave recomendadas ser reduzido ou inexistente. O PNV encontra-se desatualizado em todas as crianças, por estas não estarem vacinadas com BCG, o restante esquema vacinal está atualizado na maioria das crianças. De salientar que apesar de não terem médico de família atribuído o acesso à vacinação e cuidados de enfermagem é garantido.

Relativamente aos critérios de elegibilidade para vacinar com a vacina BCG, pode-se verificar que a maioria das crianças, foi referenciada devido aos seus pais, ou outros coabitantes/conviventes, serem provenientes de um país com elevada incidência de tuberculose, ou seja imigrantes.

Analisando os dados relativos aos pais das crianças, verifica-se que as mães têm uma idade média de 32,7 anos e os pais a idade média é 36,2 anos. No que respeita à condição laboral, verifica-se que a maioria é economicamente ativa (49), e 19 encontram-se desempregados. Não foi possível colher dados de 6 pais. Dos 49 pais empregados, 10 são vendedores em lojas (comerciantes), seguindo-se os empregados da limpeza (6) e da restauração (6). Dentro das profissões mais frequentes encontramos ainda 4 pais trabalhadores na construção.

Conclui-se que para além dos desempregados (19), a maioria dos pais auferem salários de escalão baixo, o que nos remete para uma possível situação económica desfavorável ou com baixos recursos.

Analisando a nacionalidade dos pais verifica-se que esta é diversificada, sendo 13 pais de nacionalidade portuguesa e a maioria de nacionalidade estrangeira. As nacionalidades estrangeiras mais frequentes são a brasileira, com 15 pais, e a nepalesa com 10 pais. Das restantes destacam-se os pais provenientes da China e do Bangladesh com 6 pais cada uma, do Senegal, da Guiné Bissau e da Índia com 3 pais respetivamente .

A amostra apresenta assim 78% de pais estrangeiros e 17,7% portugueses, sendo o país mais representado o Brasil, validando os dados dos Censos 2011.

3.1.5. Problemas Identificados

Para realizar um diagnóstico de situação, é necessário o conhecimento do significado do conceito de problema de saúde, que corresponde a um estado de saúde julgado deficiente. A definição dos problemas de saúde da população consiste na última etapa do diagnóstico de saúde (Tavares, 1990).

Pela análise dos dados efetuada verifica-se que a maioria das crianças não faz uma vigilância de saúde adequada, de acordo com o recomendado, no Programa Nacional de Saúde Infantil, possivelmente por não terem médico de família atribuído, por os pais das crianças serem maioritariamente estrangeiros a residir em Portugal e com dificuldades na comunicação e interpretação da língua portuguesa, o que reduz significativamente a acessibilidade aos cuidados de saúde. Pela atividade económica dos pais pode-se prever que não terão facilidade em realizar a vigilância de saúde no sistema privado. Relativamente ao esquema vacinal este encontra-se em atraso visto as crianças não estarem vacinadas com o BCG.

Tendo em conta os problemas identificados através do diagnóstico de situação, e dado que se trata de uma intervenção de enfermagem, estes foram definidos enquanto diagnósticos de enfermagem, elaborados através de linguagem e terminologia científica da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011), visto esta ser a utilizada no contexto e nos registos feitos no aplicativo informático SClinco. Assim os diagnósticos de enfermagem identificados foram:

- Adesão à vacinação não demonstrada, relativamente à vacina BCG.
- Comportamentos de adesão à vigilância de saúde não demonstrado, por acessibilidade reduzida.
- Potencial para melhorar os conhecimentos da família/ comunidade relativamente à prevenção da tuberculose.

3.2. Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades corresponde à segunda fase do processo do Planeamento em Saúde, através da hierarquização dos problemas de saúde identificados. É condicionada pelo diagnóstico de situação e irá consequentemente determinar a fase seguinte que é a fixação de objetivos (Imperatori e Giraldes, 1993). Segundo Tavares (1990) a determinação de prioridades é um processo de tomada de decisão, procurando saber quais os problemas que se deverão solucionar em primeiro lugar, utilizando eficientemente os recursos disponíveis e otimizando os resultados a atingir. É necessário ter por base critérios que devem ser tão objetivos quanto possível. Esta etapa tem um carácter subjetivo, pois depende das preferências e da experiência do próprio planificador.

A determinação de prioridades é feita por etapas: definição de critérios e sua ponderação e escolha da técnica para determinação de prioridades (Tavares, 1990).

Para a seleção e hierarquização dos problemas de saúde detetados a técnica escolhida foi a grelha de análise, apresentando como vantagem o seu carácter bastante objetivo e como desvantagem o facto de o primeiro critério ser muito discriminativo, pois ao se atribuir uma classificação diferente entre dois problemas, não permite que a abordagem através dos outros, altere a recomendação (Tavares, 1990).

A determinação de prioridades é feita com base nos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) fatores(s) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990).

Utilizando a grelha de análise (Anexo II), atribui-se sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-), de forma sequencial, aos critérios acima enunciados. No final, obtém-se o resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima (Tavares, 1990).

Apresenta-se a análise feita para a seleção dos três problemas de saúde identificados:

Diagnósticos de Enfermagem	Critérios				Recomendação
	Importância do Problema	Relação Problema/ Factores de Risco	Capacidade Técnica de Intervir	Exequibilidade da intervenção	
1) Adesão á vacinação não demonstrada, relativamente à vacina BCG.	+	+	+	+	1
2) Comportamento de adesão á vigilância de saúde não demonstrado, por acessibilidade reduzida.	+	+	-	-	4
3) Potencial para melhorar os conhecimentos da família/ comunidade relativamente à prevenção da tuberculose.	+	+	+	+	1

Para a interpretação da aplicação do método de grelha de análise foi tido em conta o referencial de enfermagem de suporte, Modelo de Promoção da Saúde, de forma a que a tomada de decisão fosse adequada aos problemas identificados, tendo em conta o referencial de enfermagem

A necessidade de intervir a nível cognitivo, como benefício á alteração do comportamento de forma eficaz e para o compromisso com o plano de ação ao longo do tempo, permite seleccionar os problemas 1 e 3 por terem obtido o mesmo resultado, recomendação 1, ou seja prioridade máxima.

O problema 1, “adesão á vacinação não demonstrada, relativamente à vacina BCG”, é um comportamento de saúde a alterar. É de salientar que segundo o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, as pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios como é o caso da vacinação.

O problema 3 evidencia a importância da promoção da saúde de forma a melhorar conhecimentos relativamente à prevenção da tuberculose tendo assim sido selecionado como prioritário para intervenção na comunidade.

O problema 2, comportamento de adesão á vigilância de saúde não demonstrado por acessibilidade reduzida, obteve uma recomendação de 4. À capacidade técnica de intervir foi atribuída uma classificação menos (-), visto a acessibilidade reduzida á vigilância de saúde estar muito relacionada com o facto de não terem médico de família. À exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação menos (-), pois devido à limitação do tempo disponível para a sua execução, não se conseguem obter resultados imediatos e visíveis. Assim optou-se por não intervir neste problema.

3.3. Fixação de Objetivos

Após a determinação de prioridades, procede-se à fixação de objetivos a atingir, pois é através de um correto estabelecimento de objetivos que se pode efetuar uma avaliação dos resultados obtidos.

Segundo Tavares (1990), não interessam objetivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de alcançar na prática. Os objetivos devem fornecer normas e critérios às atividades posteriores, devendo também explicar aos participantes do projeto, os tipos de comportamentos apropriados e pertinentes. No seu enunciado, devem conter os critérios para apreciar o grau de sucesso do projeto, os elementos para tomada de decisão no decurso do processo de planeamento e também serem geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis para a população alvo.

Na formulação do objetivo devem ser consideradas características de tipo estrutural: ser pertinente, adequando-se às situações que suscitaram a intervenção;

ser preciso, contendo a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido e ser realizável, não sendo um objetivo demasiado ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado e mensurável, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior (Tavares, 1990).

Tavares (1990) enumera cinco elementos que devem estar contidos na formulação de um objetivo: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) existe a necessidade de passar de objetivos muito agregados a objetivos mais específicos, introduzindo o conceito de objetivo operacional ou meta, que definem como sendo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade. Para Tavares (1990), torna-se necessário definir claramente os objetivos operacionais ou metas, pois estes referem-se às atividades e aos resultados pretendidos com a sua execução.

Assim, definiram-se os seguintes objetivos:

- **Objetivo geral :**

- Contribuir para a prevenção da tuberculose nas crianças em situação de vulnerabilidade, inscritas na UCSP Alameda / ACES Lisboa Central, sem médico de família atribuído, no período de novembro 2016 a fevereiro de 2017.

Foram traçados objetivos operacionais a alcançar neste projeto de intervenção comunitária, atendendo à dimensão tempo e aos recursos disponíveis para a intervenção.

- **Objetivos Operacionais :**

- Aumentar em 75% os conhecimentos sobre a vacina BCG e a prevenção da tuberculose, nas famílias das crianças em situação de vulnerabilidade para a tuberculose inscritas na UCSP Alameda / ACES Lisboa Central e sem médico de família atribuído.

- Aumentar para 95% a adesão á vacina BCG nas crianças em situação de vulnerabilidade para a tuberculose, inscritas na UCSP Alameda / ACES Lisboa Central e sem médico de família atribuído.

Um indicador “representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990, pag.120). No âmbito do Planeamento em Saúde, consideram-se dois principais tipos de indicadores, indicadores de resultado ou de impacto, que medem as alterações verificadas num problema e indicadores de atividade ou de execução que medem a atividade desenvolvida.

Definiu-se como **indicador de resultado**:

- Número de crianças elegíveis para vacinação BCG /Número de crianças vacinadas da amostra

E como **indicadores de atividade**:

- Número de crianças convocadas / Número de crianças vacinadas x100
- Número sessões individuais programadas / Número de sessões realizadas x100
- Número famílias convocados para a sessão em grupos / Número de famílias presentes na sessão x100

3.4. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias pretende-se propor novas formas de atuação, através de um conjunto de técnicas organizadas para atingir os objetivos fixados (Imperatori e Giraldes, 1982).

Nesta etapa, pretende-se que haja criatividade, no que respeita à abordagem dos problemas e devem ser previstos potenciais obstáculos e resistência à mudança, quer da população, quer das instituições e seus funcionários (Tavares,1990).

A promoção da saúde é, desde a Carta de Ottawa (OMS, 1986), vista como um processo de empoderamento dos indivíduos para aumentar o controlo sobre a sua saúde e seus determinantes (biológicos, ambientais, sociais e económicos, estilos de vida e acesso aos serviços).

A estratégia para promover a saúde selecionada foi a Educação para a Saúde, criando mecanismos de informação à população, desenvolvendo sessões de educação para a saúde sobre a prevenção da tuberculose e importância da adesão

à vacina BCG.

A Educação para a Saúde, foi definida por Tones e Tilford (1994), citados por Carvalho e Carvalho (2006, pág. 21), como “toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...) produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar”. Como refere Laverack (2008, p.12) citando Green e Kreuter (1991) “a educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e colectivas”.

Devido ao impacto positivo na saúde dos indivíduos, a educação para a saúde deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida. Deve começar na família, continuar em todas as fases do seu desenvolvimento, prolongando-se no local de trabalho, na comunidade, nos *media*, entre outros locais. Pender, Murdaugh e Parsons (2011) referem que, os Cuidados de Saúde Primários são um espaço privilegiado para oferecer uma gama de serviços, incluindo a promoção de saúde e prevenção de doença, assim como aconselhamento relativo a intervenções comportamentais que visem promover estilos de vida saudáveis. “Qualquer intervenção que capacite o indivíduo, ou grupo, a reconhecer os sinais de alerta e a encontrar e usar os recursos para se proteger, contribui para a proteção da saúde” (Loureiro, 2009, p.88).

No que concerne ao conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (D.R, I Série. 184 – 2009-9-22) faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos e que promovam o autocuidado do utente. Também no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (D.R, II Série. 35 — 2011-02-18) se evidenciam as atividades de educação para a saúde, assim como nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde é salientado o desempenho do papel de agente de educação para a saúde. Refere que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, através da: identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade; criação e aproveitamento de oportunidade para promoverem estilos de vida saudáveis identificados; promoção do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento; e fornecimento de informação

geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente (OE, 2011).

A Educação para a Saúde é uma competência dos enfermeiros e integrada na prática profissional. No entanto esta não poderá ser uma mera transferência de conteúdos de forma generalizada e padronizada. É necessário que o cliente sinta que tem poder na tomada de decisão relativa à sua saúde. Este poder pode ser dado ao indivíduo ou à comunidade, tendo como base a educação para a saúde. O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública tem um conjunto de competências clínicas que lhe permite agir como facilitador desta parceria. Tem uma visão abrangente da comunidade em que está inserido, demonstra um grande nível de julgamento clínico e tomada de decisão para uma intervenção adequada às necessidades da comunidade. Os enfermeiros na comunidade prestam cuidados de proximidade à população, têm a comunidade como parceira na formulação de objetivos, no desenvolvimento de estratégias e no processo de tomada de decisão, visando o *empowerment* comunitário (OE, 2011).

Assim, a Educação para a Saúde enquanto intervenção de enfermagem “capacita os clientes para atingir níveis óptimos de saúde, prevenir problemas de saúde” (Onega e Devers 2011, p.304). A formação permite aos indivíduos melhorarem as suas capacidades de tomada de decisão sobre a sua saúde e assumirem a responsabilidade da mesma, alterando assim o seu comportamento (Onega e Devers, 2011).

A educação para a saúde exige um prévio planeamento da intervenção, com o objetivo final de facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis (Carvalho e Carvalho, 2006).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender assenta em construtos de diversas teorias, destacando-se a Teoria Social Cognitiva de *Albert Bandura*, que tem como postulado a importância dos processos cognitivos nas alterações do comportamento. Pretende-se intervir de forma a mudar comportamentos. Segundo este modelo, deve ser dada prioridade à cognição como forma privilegiada de intervir, usando estratégias como a consciencialização do problema, promoção da autoeficácia e capacitação para os benefícios da mudança. Assim, a aprendizagem e a motivação vão tornar possível a mudança de comportamento.

Neste âmbito, pretendeu-se que a estratégia selecionada contribua para aumentar a autonomia e responsabilização dos pais pelo seu processo de saúde e dos seus filhos; a aquisição de conhecimentos e capacidades a vários níveis, que lhes confira, através da maior literacia, o poder da escolha fundamentada.

Segundo Tavares (1990), o planeamento dos recursos humanos, passa pela identificação dos profissionais, analisando os conhecimentos e aptidões de cada um, com o objetivo de aumentar a eficiência e a produtividade dos recursos existentes. Durante o planeamento, os recursos humanos utilizados foram os profissionais da UCSP Alameda e a mestranda. Os recursos materiais foram suportados pela mestranda no que diz respeito ao material informático e ao material utilizado para a preparação dos folhetos entregues aos pais nas sessões. Pensando na futura utilização e reprodução dos folhetos, na sua elaboração, não foram utilizadas muitas cores tendo em conta que nas várias Unidades do ACES Lisboa Central não é possível reproduzi-los a cores. Os folhetos encontram-se disponíveis a todos os profissionais, na rede interna do ACES, em suporte digital.

Foi também previsto um aumento de custos decorrentes da administração da Vacina BCG, suportado pelo ACES Lisboa Central.

3.5. Preparação Operacional

Nesta etapa do Planeamento em Saúde pretende-se a operacionalização da intervenção. Devem ser especificadas as atividades a implementar, definidas em função dos objetivos (Tavares, 1990).

As atividades implementadas são decorrentes do diagnóstico de enfermagem e tiveram em conta a diversidade cultural encontrada.

Estabelecer uma comunicação eficaz, através de linguagem adequada a cada contexto e a cada idioma, reconhecer e valorizar as diferenças culturais na área da saúde relativamente aos valores, às crenças e aos costumes são aspetos fundamentais para serem prestados cuidados individualizados e holísticos a estas famílias.

O conceito de cultura e o conceito de cuidado devem ser focados na prática e na pesquisa de enfermagem e proporcionarem cuidados de enfermagem culturalmente congruentes (com valores, crenças e práticas culturais), seguros e

significativos para pessoas de culturas diversas e semelhantes, que influenciem a saúde, o bem-estar, a doença e a morte (Oriá, Ximenes e Alves, 2005).

O plano operacional das atividades planeadas e realizadas teve em consideração os seguintes parâmetros: atividade; participantes; local e data; descrição; objetivo; e avaliação (Tavares, 1990).

Assim, após a análise e avaliação dos recursos existentes, e tendo em conta as características da população alvo, foram implementadas as seguintes atividades:

➤ **Atividade 1 - Folheto informativo**

Criou-se um folheto informativo (APÊNDICE VII) com a dupla funcionalidade de servir de auxiliar para validar a informação transmitida durante as sessões de educação para a saúde individuais e servir de veículo para levar informação a mais indivíduos na comunidade. Este folheto informativo foi disponibilizado em várias línguas (de acordo com a diversidade linguística da amostra) para facilitar a aquisição de conhecimentos aos indivíduos oriundos de outros países. Também foi utilizada linguagem “*emoji*”, por ser universal e atrativa, pretendendo auxiliar na compreensão e divulgação da informação. Os “*emojis*” são um tipo de comunicação através de símbolos, sendo considerados por alguns a mais nova linguagem escrita no mundo. O recurso à internet e o uso massivo da tecnologia e dos *smartphones*, faz com que a linguagem “*emoji*” transcenda fronteiras linguísticas. Como refere Teixeira (2004, p.618) “A personalização da informação em saúde permite economizar tempo, aumentar a satisfação dos utentes e facilita a sua intenção de virem a adoptar os comportamentos esperados”.

Tendo em conta a presença de uma comunidade multicultural que deve ser tratada com equidade no acesso aos cuidados de saúde, as mensagens de saúde na língua materna são fundamentais para conseguir aumentar o conhecimento nos mesmos e assegurar que façam escolhas proactivas, sendo estas estratégias baseadas no respeito pela diversidade cultural e cultura dos indivíduos (Stanhope e Lancaster, 2011).

Neste sentido os cuidados culturalmente sensíveis emergem como uma necessidade incontornável, em que os enfermeiros com os seus “ideais holísticos e com a sua proximidade com a pessoa doente estão numa posição privilegiada para executar a competência cultural e assim contribuir para a humanização dos cuidados

de saúde” (Pereira, 2011, p.23). Neste contexto procedeu-se à tradução do folheto para o idioma de mandarim (APÊNDICE VIII), devido ao elevado número de famílias chinesas inscritas na UCSP Alameda e às dificuldades sentidas na comunicação quer em português quer em inglês. As pessoas que representam a cultura alvo e falam a mesma língua devem ser envolvidas no programa (Pender, Murdaught e Parsons, 2011, P. 295), assim a tradução do folheto foi elaborada com a colaboração de elementos da comunidade chinesa inscrita no ACES Lisboa Central cujo a língua materna é o mandarim. Os programas de Educação para a Saúde são mais eficazes quando desenvolvidos no idioma da população alvo. Para a restante diversidade de línguas encontradas optou-se por traduzir o folheto para inglês (APÊNDICE IX).

➤ **Atividade 2 - Sessões de Educação para a Saúde Individual (APÊNDICE X)**

Após identificação das características da população alvo durante a fase de diagnóstico de situação de saúde, decidiu-se realizar sessões de educação para a saúde individuais, tendo em conta a diversidade cultural encontrada, de forma a adaptar a comunicação. Foi elaborado um plano para as ações educativas. As ações educativas tiveram como objetivos capacitar a população para a adesão à vacinação com a vacina BCG e seus benefícios e promover comportamentos saudáveis nas famílias, diminuindo o risco de tuberculose.

Optou-se por dar relevância no planeamento da sessão à enfatização dos benefícios para a saúde imediatos ou a curto prazo a serem obtidos por comportamentos positivos, incorporar estratégias que elevem a autoestima da população, desenvolver materiais educativos, escritos com um nível de leitura adequado, mantendo a apresentação focalizada, curta, iniciando e terminando pelo tema principal.

As sessões de Educação para a Saúde individuais, sobre a temática prevenção da tuberculose, e vacina do BCG decorreram entre Novembro de 2016 e Janeiro de 2017, no gabinete da vacinação BCG da UCSP Alameda, com a duração de 20 minutos cada sessão. Durante a sessão foi entregue o folheto com informação e feito esclarecimento das dúvidas que este suscitou. Por fim foram realizados registos em SClinico das consultas de enfermagem realizadas. A população-alvo foi convocada por telefone.

➤ **Atividade 3 - Sessões de Educação para a Saúde em grupo (APÊNDICE XI e XII)**

Pender, Murdaugh e Parsons (2011), reconhecem a importância do trabalho em grupo, referindo que a formação de grupos proporciona um ambiente para a promoção do crescimento, que suporta comportamentos de promoção de saúde, autoestima, e de alto nível de bem-estar, contribuindo para obtenção de ganhos em saúde. Assim, além das sessões de educação para a saúde individuais, foi também realizada uma sessão dirigida a um grupo de pais que dominam a língua portuguesa. Esta estratégia foi uma abordagem importante no processo de educação para saúde, tendo sido uma oportunidade para provocar mudanças no sentido de melhorar a saúde destas famílias, com impacto nos indivíduos e de forma global em toda a comunidade. A sessão educacional foi dirigida a um grupo de pais cujos filhos eram elegíveis para vacinar com BCG, da UCSP Alameda e realizou-se nas instalações da mesma, a 30 de Novembro de 2016. Utilizou-se o método expositivo, através da projeção de diapositivos e incentivou-se a participação ativa do grupo, através da colocação de dúvidas e/ou sugestões. As famílias foram convocadas para as sessões de educação em grupo por telefone. Para a avaliação da sessão foi elaborado um questionário, aplicado no final aos participantes (APÊNDICE XIII).

➤ **Atividade 4 - Administração da vacina BCG (APÊNDICE XIV)**

Como é preconizado no PNV 2012, os enfermeiros devem “aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde” (DGS, 2011, p.6). Após identificação das crianças elegíveis para vacina BCG procedeu-se às convocatórias. As famílias foram convocadas por telefone, segundo as orientações do ACES Lisboa Central. Após a realização da ação educativa foi administrada a vacina BCG às crianças, tendo as imunizações sido registadas no BIS e no SINUS. Esta atividade teve como objetivo vacinar 95% da amostra, diminuindo assim o risco de formas graves de tuberculose nas crianças. Foi elaborado um plano para esta atividade.

3.6. Avaliação

A avaliação representa a última etapa do processo do Planeamento em Saúde, integrando-se em cada uma das suas etapas, confrontando ao nível da adequação, os objetivos com as estratégias. Deve ser precisa e pertinente, e tem como função determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, baseado em critérios e normas (Tavares, 1990).

✓ Sessões de Educação para a Saúde individuais

Para esta atividade definiram-se indicadores de processo (APÊNDICE X). Foram programadas trinta e sete (37) sessões de educação para a saúde individual, tendo sido possível efetivar trinta e seis (36). Uma das crianças foi viajar para Angola não tendo regressado a tempo para a intervenção. A adesão foi de 97,3% (36 famílias) da população alvo, em que 91,9% dos pais (34 famílias) respondeu corretamente às questões colocadas para avaliação dos conhecimentos adquiridos com a intervenção. Considera-se que o objetivo foi atingido.

✓ Sessão de Educação para a Saúde em grupo (APÊNDICE XI)

Estava programada uma sessão que foi realizada na data prevista. Estiveram presentes sete (7) dos oito (8) pais convocados, obtendo-se assim uma adesão de 87,5%. Os presentes classificaram a ação entre o Bom e Muito Bom, e não apontaram aspectos negativos. Conseguiu-se superar a meta proposta de 75% de adesão à sessão.

Os pais presentes avaliaram de forma positiva a sessão realizada com 87,5% (bom/ muito bom), tendo igualmente considerado os assuntos abordados interessantes e úteis (87,5%). Quanto à clareza da linguagem utilizada, 75% avaliou de forma positiva.

✓ Administração da vacina BCG

Para esta atividade designámos indicadores de adesão e a taxa de cobertura vacinal obtida através do SINUS (APÊNDICE XIV). Relativamente a administração da vacina BCG, foram vacinadas trinta e seis (36) crianças, das trinta e sete (37) convocadas, atingindo assim uma taxa de adesão de 97,3%, o que se revelou superior à meta estabelecida. Uma criança elegível para vacinação convocada por

telemóvel, não foi vacinada por se encontrar a viajar em Angola com os pais, a mesma à qual não foi feita a sessão individual.

A taxa de cobertura vacinal das crianças elegíveis para a vacina BCG obtida, foi, assim, superior a 95%. Pode-se concluir que as sessões de educação para a saúde, aumentaram a informação das famílias, promovendo o comportamento de adesão à vacinação.

Pelo exposto anteriormente pode-se afirmar que todas as metas propostas foram atingidas na sua plenitude, o que certamente se irá traduzir em ganhos para a saúde a médio e longo prazo para esta população, na medida em que a educação para a saúde e a prevenção primária são áreas de intervenção fundamental para o controlo da tuberculose.

Apesar do tamanho da amostra selecionada (37 crianças) ter contribuído para o alcance das metas propostas, permitiu também que fosse possível a implementação deste projeto noutra unidade do ACES Lisboa Central. Iniciou-se a replicação deste projeto na UCSP Penha de França, unidade funcional de saúde do ACES Lisboa Central com um elevado número de crianças elegíveis para vacina com o BCG. A limitação de tempo apenas permitiu avaliar as intervenções realizadas de forma subjetiva. Assim, foi possível verificar de imediato que a percepção dos pais foi muito positiva relativamente às consultas de enfermagem realizadas, não só pela satisfação demonstrada como pela verbalização de agrado pela entrega do folheto numa língua familiar e pela explicação e esclarecimento de dúvidas a cerca da vacina BCG e prevenção da tuberculose. Percebeu-se que houve um impacto positivo, decorrente das intervenções implementadas na UCSP Penha de França.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rotura de fornecimento da vacina BCG, associada à redução de incidência da tuberculose e ao cumprimento dos critérios de controlo da doença verificados em Portugal, originou a adopção da uma estratégia de vacinação de grupos de risco, uma vez que beneficiam individualmente com a vacinação (DGS, 2015).

Este projeto proposto e a sua implementação, surge num momento de alteração e atualização das recomendações relativas à vacina BCG. Após as dificuldades de fornecimento da vacina, ocorridas em 2015 e a simultânea baixa de incidência da tuberculose em Portugal, a vacina BCG deixou de ser recomendada á nascença de forma universal desde 2016, passando para uma estratégia de vacinação de grupos de risco.

No início de Março, com o intuito de operacionalizar as normas da DGS relativas à vacinação com BCG exclusiva aos grupos vulneráveis, o ACES Lisboa Central, centralizou todo processo de vacinação das crianças elegíveis num único “Ponto de vacinação BCG” na UCSP Alameda. Desenvolver um projeto de Intervenção Comunitária na área da Vacina com o BCG, como forma de prevenção da Tuberculose, surgiu assim como um desafio adequado ao contexto.

A operacionalização do “Ponto de Vacinação BCG” no ACES Lisboa Central apresentou-se como contexto de estágio e beneficiou de competências profissionais já adquiridas no âmbito da gestão e administração da vacina com o BCG, por outro lado foi necessário recorrer ao desenvolvimento de competências no que respeita ao planeamento, gestão e execução do projeto de estágio e da sua implementação como estratégias de prevenção e luta contra a tuberculose.

A adequação do projeto ao contexto, o conhecimento prévio do serviço onde decorreu este estágio e de alguns profissionais, facilitou a integração ao local. O contexto onde foi desenvolvido o estágio, tem potencial formativo, uma vez que busca a constante melhoria dos cuidados prestados e tem como missão a satisfação do cliente. Toda a equipa de enfermagem do ACES Lisboa Central, foi motivada a colaborar neste “Ponto de Vacinação BCG” de forma a atualizar conhecimentos relativamente aos procedimentos de encaminhamento de crianças elegíveis para a

vacina BCG. Alguns enfermeiros do ACES Lisboa Central tiveram a oportunidade de aprender a técnica de administração da vacina ou simplesmente de a voltarem a praticar, com o intuito de todas as unidades funcionais de saúde administrarem a vacina BCG. Assim este projeto permitiu estreitar a relação com outros enfermeiros do ACES e a partilha de conhecimentos e aprendizagens contínuas, o que apesar de não ser objetivo deste projeto constituiu uma mais valia.

Recentemente o “Ponto Vacinação BCG” existe apenas para gerir todo o processo. Todas as unidades funcionais do ACES Lisboa Central, estão de momento a vacinar as crianças que surgem como elegíveis.

Assim, a intervenção comunitária desenvolvida poderá ser replicada em cada unidade do ACES Lisboa Central, se as equipas de enfermagem o considerarem como uma mais valia. Toda a documentação de apoio, nomeadamente os panfletos traduzidos, encontram-se em suporte digital na rede interna do ACES Lisboa Central.

Surgiram alguns obstáculos, que causaram constrangimentos e inevitáveis limitações. O maior constrangimento sentido foi a dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com a população alvo, visto a maior parte ser imigrante e as convocatórias terem sido feitas através de contacto telefónico.

Uma limitação encontrada, foi o facto de algumas famílias, cujas crianças eram elegíveis para vacinar com o BCG se encontrarem com viagens planeadas para países de alta incidência de tuberculose, os seus países de origem, o que obrigou a um agendamento urgente para vacinação.

Contudo a principal limitação foi o tempo, que condicionou todas as etapas do planeamento em saúde. O estágio decorreu durante dezoito semanas, o que por si só constituiu uma limitação para a metodologia do planeamento em saúde, pelo que desde o início a intervenção comunitária foi condicionada, não ousando a seleção de uma amostra maior, pois o número reduzido da amostra não nos permite generalizar as conclusões.

Assim, o recurso temporal não nos permitiu avaliar os reais ganhos em saúde, pois “a maior parte das mudanças a nível da condição de saúde tardam muito tempo a aparecer. Tanto o impacto como os resultados são o objeto da avaliação sumativa” (Carvalho e Carvalho 2006, p.72).

Apesar dos constrangimentos ultrapassáveis e de alguns momentos de

incerteza, a implementação de um projeto de intervenção comunitária permitiu um crescimento pessoal e profissional, através de novas experiências e da reflexão sobre as mesmas, conduzindo assim à aquisição de competências.

A implementação do projeto de intervenção comunitária permitiu desenvolver competências específicas na intervenção em Enfermagem Comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos visando a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidade (ESEL, 2016).

Fleury, M. e Fleury, A. (2001) definem competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo.”

Atualmente somos confrontados com situações profissionais cada vez mais complexas, num mundo em constante mudança, pelo que ser qualificado não é suficiente. O mundo está cada vez mais exigente com as organizações e com os indivíduos, pelo que atualmente não chega *saber* e *saber fazer*, é essencial também *saber ser* (Fleury e Fleury, 2001).

Os enfermeiros nas últimas décadas têm procurado acompanhar as mudanças no sistema de saúde e adequar a sua intervenção às novas exigências e necessidades das comunidades em que intervêm. Para tal, têm investido na formação educativa especializada, que “inclui um mestrado, e baseia-se na síntese dos conhecimentos atuais e de investigação em enfermagem, saúde pública e outras disciplinas científicas” (Stanhope e Lancaster, 2011, P. 972).

Portugal tem acompanhando o crescimento internacional do conhecimento na ciência de Enfermagem. Tem regulamentadas as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública. O processo de Bolonha obrigou a uma adaptação do sistema de ensino, de modo a promover para além do desenvolvimento de competências específicas, outras competências mais abrangentes como, aprender a pensar, desenvolver o espírito crítico e de análise de problemas e estimulando a capacidade de liderança e de adaptação à mudança.

Este mestrado permitiu desenvolver para além das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, as competências enunciadas segundo os descritores de Dublin para o 2º ciclo: conhecimento e capacidade de compreensão; conhecimento aplicado; análise crítica e tomada de decisões; comunicação;

autonomia e competências de auto aprendizagem.

Ao adquirir conhecimentos altamente especializados e atualizados, para além de consciência crítica das questões relativas aos conhecimentos na área de Enfermagem Comunitária e da forma como esta se relaciona com as outras áreas, permite a aquisição de competências especializadas para a resolução de problemas e para o desenvolvimento de novos conhecimentos e procedimentos, gerir e transformar contextos complexos, imprevisíveis com abordagens estratégicas novas, assumindo responsabilidades e contribuindo para a melhoria do desempenho e práticas profissionais.

Ao longo do Curso de Mestrado tomou-se a consciência da necessidade de desenvolver competências gerais e específicas, saber ser e saber agir com responsabilidade, de forma a sermos reconhecidos como peritos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, durante o percurso de formação especializada, adquire “competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (...), assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais” (OE, 2010).

A elaboração e implementação do Projeto de Intervenção Comunitária, constituiu um processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Permitiu desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nas componentes científicas, técnicas e humanas na prática de cuidados especializados.

As principais competências adquiridas advêm da aplicação da Metodologia do Planeamento em Saúde. A utilização desta metodologia, seguindo as etapas propostas por Tavares, foi o alicerce para a avaliação do estado de saúde do grupo de crianças em situação de vulnerabilidade para a tuberculose, estabelecendo-se as prioridades em saúde e formulando-se objetivos e estratégias face à priorização das necessidades. A articulação com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender permitiu fundamentar as estratégias e as atividades desenvolvidas, no âmbito da

prevenção primária. Sendo norteador, contribuiu para o processo de capacitação deste grupo de famílias com crianças em situação de vulnerabilidade, para a prevenção da tuberculose. Facilitou a implementação de intervenções comunitárias, permitiu mobilizar recursos da comunidade e estabelecer parcerias de forma a traduzir os folhetos informativos para Mandarim. Todas as atividades desenvolvidas para a população imigrante permitiram desenvolver competências em comunicação, através de comunicação verbal, não verbal e saber ouvir reflexivamente. A tradução dos folhetos permitiu transformar a linguagem técnica de saúde em linguagem corrente e acessível à população imigrante.

A fase do diagnóstico de situação possibilitou a aquisição de competências na área de investigação. Permitiu trabalhar com motores de busca, desenvolver e aprofundar conhecimentos e utilizar programas informáticos para a colheita e tratamento de dados, assim como interpretar os resultados.

As limitações anteriormente relatadas, incitaram a capacidade de adaptação a situações desfavoráveis, a sermos proactivos e capazes de pensar criticamente de forma e gerir as adversidades.

Com a integração de vários enfermeiros do ACES no “ponto Vacinação BCG”, desenvolveram-se competências de comunicação e de divulgação da prática científica, permitindo a transmissão dos resultados. Tem-se a expectativa de ter contribuído para a consolidação de conhecimentos nesta área e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, permitindo assim a criação de sinergias para a continuidade do projeto intervenção comunitária por parte da equipa. Tal como está emanado nas competências comuns dos enfermeiros especialistas, devemos ser facilitadores da aprendizagem, em contexto de trabalho, através da formação de pares (D.R II Série. 35 – 2011-02-18).

A redação do presente relatório, revela o desenvolvimento de competências de comunicação, capacidade de análise crítica reflexiva, e de divulgação da prática científica, assim como, de investigação, permitindo a transmissão dos resultados obtidos com o projeto.

Para além de todas as competências adquiridas, outras foram sedimentadas e aprofundadas. A experiência profissional detida no âmbito dos CSP, enquanto enfermeira generalista com vinte anos de prática e responsabilidades acrescidas como enfermeira responsável de uma equipa, conferiu a aquisição de algumas

competências, que foram desenvolvidas ao longo deste Mestrado, através da mobilização dos conhecimentos da componente teórica para o contexto da intervenção.

Na prática diária eram implementadas intervenções, com outro tipo de abordagem às famílias. Até então, a intervenção era mais direcionada para o indivíduo, apesar de a família ser envolvida, o foco de cuidados era o indivíduo. Enquanto enfermeira de família, e futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária procurarei na prática clínica, prestar cuidados à família numa abordagem sistémica. A complexidade do sistema familiar e das suas interações confirma a necessidade de avaliar as diferentes dimensões da família. É essencial que os enfermeiros especialistas olhem para a família como parte integrante do indivíduo, ao longo do seu ciclo vital, de forma a alcançarem uma abordagem holística do cuidar, prestando cuidados de proximidade à pessoa, família, grupos e comunidade tendo como objetivo principal a promoção da saúde da população e a prevenção da doença, capacitando os utentes para o desenvolvimento de competências que lhes permitam vivências saudáveis ao longo do ciclo de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, tem uma visão abrangente da comunidade em que está inserido, demonstra um grande nível de julgamento clínico e tomada de decisão para uma intervenção adequada às necessidades da comunidade, assumindo um papel ativo de promotor de saúde (OE, 2010).

É fundamental adaptar a resposta dos serviços de saúde às necessidades e especificidades de cada comunidade, às expectativas de cada indivíduo, de forma a torná-los socialmente mais capazes de responder a um mundo em mudança. A capacitação dos indivíduos famílias, grupos e comunidade exige a aquisição de competências e de conhecimentos essenciais, para que haja uma mudança efetiva de comportamentos.

As políticas de saúde atuais salientam a necessidade de investir nos Cuidados de Saúde Primários, na promoção da saúde e na prevenção da doença, de forma a melhorar a qualidade de vida da comunidade e obter ganhos em saúde.

Em síntese, refletindo sobre o caminho percorrido, a realização deste estágio para desenvolver e operacionalizar um Projeto de Intervenção Comunitária,

proporcionou a aquisição de conhecimentos e competências, e facilitou o crescimento profissional e pessoal.

Conclui-se, assim, que os objetivos inerentes à unidade curricular Estágio com Relatório foram atingidos. É agora compreensível, o que este caminho representa e o quanto era necessário para se estar preparado para iniciar uma nova etapa do percurso profissional, onde as competências adquiridas, são uma construção inacabada, em crescimento contínuo ao longo da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central (2015). *Plano de Desempenho*. Lisboa.

Araújo, A. (2016). *Prevenir as Doenças Respiratórias Acompanhar e Reabilitar os Doentes*, 11º Relatório. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.

Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação Para A Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8930-22-4

Circular Informativa Nº 1/DSP/2016 de 24/02/2016. Operacionalização regional da Norma 001/2016 de 12/02/2016 - DGS - *Vacinação de crianças (< 6 anos de idade) pertencentes a grupos de risco para a tuberculose com a vacina BCG*. Lisboa: ARSLVT

Direcção Geral da Saúde (2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: DGS. Divisão de Doenças Transmissíveis. ISBN 972-675-136-5

Direcção Geral da Saúde (2015). *Portugal Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números – 2015. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2006). *Tratamento da Tuberculose. Linhas Orientadoras para Programas Nacionais*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde

Direção Geral da Saúde (2016). Norma I Nº 001/2016 de 12/02/2016. *Vacinação de crianças (< 6 anos de idade) pertencentes a grupos de risco para a tuberculose com a vacina BCG*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2016). Esclarecimentos relativos à aplicação da Norma I Nº 001/2016 de 12/02/2016. *Vacinação de crianças (< 6 anos de idade) pertencentes a grupos de risco para a tuberculose com a vacina BCG*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2016). Norma I Nº 006/2016 de 29/06/2016. *Estratégia de Vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

European Centre for Disease Prevention and Control (2016). *Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations*. Stockholm: ECDC. ISBN 978-92-9193-843-8

Fleury, M., Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Rev. adm. contemp.* Vol.5, Edição especial, pp.183-196.

Imperatori, E., Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Edições de Saúde

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Lancaster, J.; Onega, L.; Forness, D. (1999). Teorias, Modelos E Princípios Educacionais Aplicados à Enfermagem Comunitária. In: Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3. p.265-284.

- Laverack, Glenn (2008). *Promoção De Saúde. Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-09-3.
- Lima, C. (2006). Vulnerabilidade e Serviço Nacional de Saúde. *Ética Médica. Acta Med* 19, 49-54.
- Loureiro, I. (2009). Competências para Promover a Saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 43(2), 81-103. Acedido a 4/12/2016. Disponível em: https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/5562/8/05_Competências%20para%20promover%20a%20saúde.pdf?ln=pt-pt
- Morais, I. (2010). Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. 10 (supl.2), S331-S336
- Nichita, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R., Fraccolli, L. (2008). A Utilização do Conceito “Vulnerabilidade” Pela Enfermagem. *Revista Latino-am. Enfermagem*. 16(5). Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.
- Onega, L. L.; Devers, E. (2011). Educação Para A Saúde E Processo De Grupo. In: Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem De Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1. p.302-330.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em 20/03/2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Fundamentos, processo e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa.

Acedido a 17/06/2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos1.pdf>

Ordem Dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento Dos Padrões De Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.*

Acedido a 11/11/2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitaudepublica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de boas Práticas para a Tuberculose.* Cadernos da OE, série 1, nº 5. Acedido em 25/04/2016.

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Oriá, MOB, Ximenes LB, Alves MDS(2005). Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Vol 4 (2), 24-30.

Pender, N. J. (1996). *Modelo de Promoção de Saúde Revisto, Health promotion in nursing practice* (3 ed.). Stamford: Pearson Education.

Pender, N. J., Murdaugh; C., Parsons, M. (2011). *Health Promotion in nursing practice*. 5th ed. New Jersey: Pearson.

Pender, N. (2012). *The Health Promotion Model - Manual*. Disponível em: <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>

Pereira, P. (2011). Salvar a Pessoa: Contributos para a competência cultural dos enfermeiros nos processos de doença. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 15 n.º 2 (2º Semestre) p.14-25. Acedido a 7/12/2016.

Disponível em:

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_14_25.pdf

- Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65-72.
- Sakraida, T., 699-709, in Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
- San Pedro A, Oliveira RM (2013). Tuberculose e indicadores socioeconómicos: revisão sistemática da literatura. *Revista Panam Salud Publica*. 33(4), 294–301.
- Schub, T.; March, P. (2015). *Tuberculosis in Children and Adolescents*. Quick Lesson. Published by Cinahl.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2016). Social profile of the highest Tuberculosis incidence areas in Portugal. *Revista Portuguesa Pneumologia*, 22(1), 50-56
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade, centrados na população*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta
- Swaminathan S; Rekha B, (2010). Pediatric tuberculosis: global overview and challenges. Oxford University Press *Country of Publication*. Vol. 50 Supl 3, pp. S184-94. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20397947&site=ehost-live>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Teixeira, J. (2004). *Comunicação em Saúde. Relação Técnicos de Saúde – Utentes*. Notas Didáticas, 615-620. Acedido a 2/12/2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>

Tomey, A.; Alligoog, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

Victor, J.; Lopes, M. e Ximenes, L (2005). Análise do diagrama de promoção da saúde de Nola J. Pender . *Acta Paul Enferm* . 18(3), 235-240

Vieira, I. (2015). O Papel das Enfermeiras-Visitadoras na Profilaxia da Tuberculose em Portugal na Primeira Metade do Século XX. *Pensar Enfermagem*, vol.19 (1), 19-30.

<https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-tuberculose-24-de-marco7.aspx>

Acedido a 10/04/2016

<https://www.dgs.pt> Acedido a 17/03/2016

<http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/tuberculose.html> Acedido a 10/04/2016

<http://www.sppneumologia.pt> Acedido a 10/04/2016

https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_pt.pdf Acedido a 19/02/2017

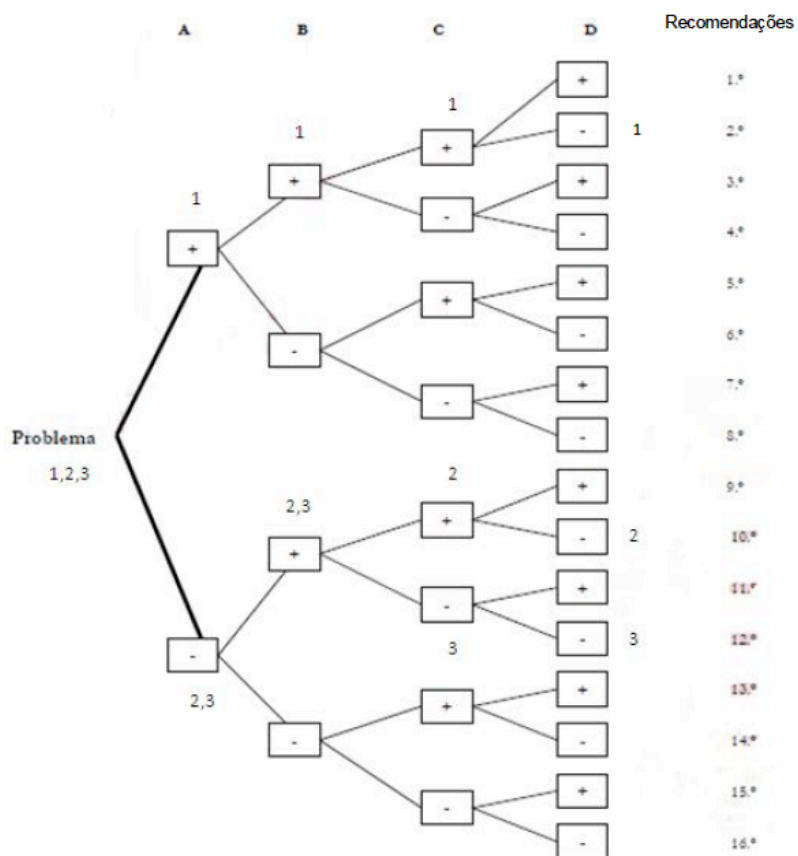
Anexo I – Dados da Tuberculose no ACES Lisboa Central

Declaração Obrigatória de Doenças Transmissíveis (DODT), Tuberculose no ACES Lisboa Central, ACES Lisboa Norte e Lisboa Ocidental e Oeiras em 2010 - 2012

CID-10	DDO	ACES LISBOA NORTE			ACES LISBOA CENTRAL			ACES LISBOA OCIDENTAL e OEIRAS		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
A15-A16	TB Respiratória	66	41	62	74	94	100	43	50	55
A18	Tuberculose Disseminada	1	1	0	5	6	0	0	1	0
A19	Tuberculose Miliar	0	3	5	0	0	2	0	1	4
A18	Tuberculose Disseminada	1	1	0	5	6	0	0	1	0
A17	Tuberculose do SNC	0	1	0	0	0	0	0	0	2
A89	Meningite Tuberculosa	1	1	0	1	0	0	0	1	0

Fonte: Sistema de Informação da ARSLVT

Anexo II – Grelha de análise: recomendações



Grelha de análise para determinação de prioridades in: Tavares (1990) extraído de Pineault e Daveluy, 1986

APÊNDICES

Apêndice I - Histórico da revisão *Scoping*

Print Search History: EBSCOhost

06/07/16, 17:06



Wednesday, July 06, 2016 12:06:01 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S8	S2 and S5	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	5
S7	S6 and S5	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	0
S6	S1 and S2 and(S3 or S4)	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	165
S5	(MH "Vulnerable Populations")	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	1,287
S4	prevention	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	117,042
S3	(MH "Primary Prevention+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search	128,963

Print Search History: EBSCOhost

06/07/16, 17:06

			Database - MEDLINE with Full Text	
S2	(MH "Tuberculosis+")	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	6,958
S1	(MH "Child+")	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	96,126



Wednesday, July 06, 2016 12:08:53 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S9	S1 and S3 and S7	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	0
S8	S6 and S7	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	0
S7	(MH "Vulnerability")	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	572
S6	s1 and S3 and (S2 or S5)	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	49
S5	(MH "Preventive Health Care+")	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	26,882
S4	S1 and S2 and S3	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes -	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search	4

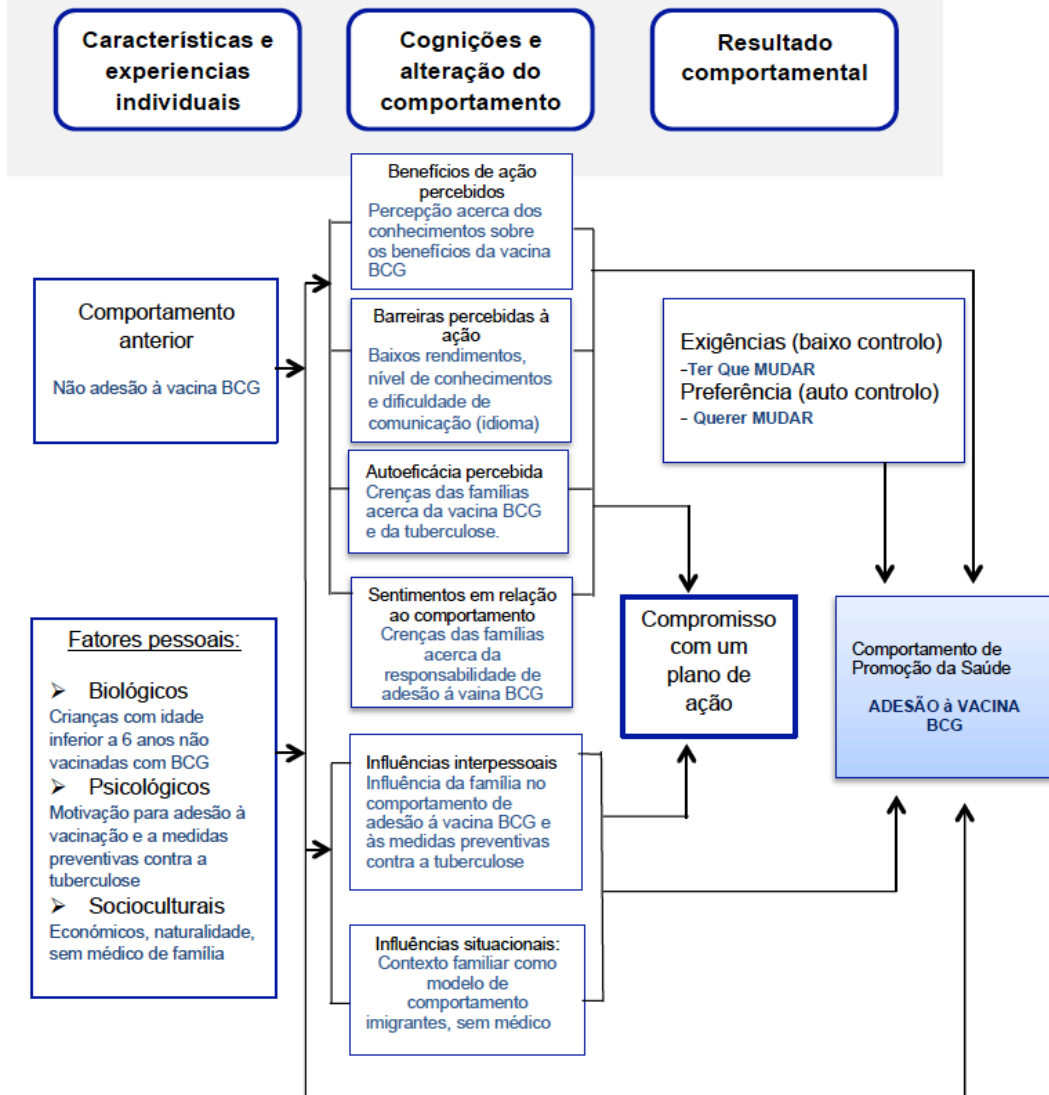
Print Search History: EBSCOhost

06/07/16, 17:09

		Boolean/Phrase	Database - CINAHL Plus with Full Text	
S3	(MH "Child+")	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	73,113
S2	(MH "Primary Health Care")	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	7,704
S1	(MH "Tuberculosis+")	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	3,047

**Apêndice II - Diagrama adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola
Pender**

DIAGRAMA ADAPTADO DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE



Apêndice III - Cronograma

7º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária

PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Cronograma

	2016 - 2017	Março	Abril	Maio	Junho	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Opção II	Escolha do tema										
	Escolha do campo de estágio										
	Elaboração do projecto										
Estágio	Diagnóstico da Situação										
	Definição de prioridades										
	Fixação de objectivos										
	Seleção de estratégias										
	Elaboração de programas e projectos										
	Preparação e execução										
	Avaliação										
	Relatório										

Liliana Maria Botelho Ferreira

Apêndice IV - Pedido de autorização ao ACES

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Clínico
do ACES Lisboa Central
Dr. Guilherme Ferreira

Liliana Maria Botelho Ferreira, enfermeira, a exercer funções na USF Ribeira Nova, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, na UCSP Alameda, no âmbito da Prevenção da Tuberculose em Crianças Vulneráveis, tendo como supervisor o Sr. Enfermeiro Rogério Dinis e orientadora da ESEL a Professora Cláudia Bacatum.

Para a realização do projeto será utilizada a metodologia de planeamento em saúde. Feito o diagnóstico da situação e de acordo com as necessidades identificadas, posteriormente serão realizadas atividades na unidade de saúde.

Desta forma, pretende-se que a colheita de dados seja realizada através da consulta do plano de desempenho do ACES Lisboa Central e dados do processo clínico das crianças e famílias. É garantido o respeito por todas as imposições éticas e legais, nomeadamente anonimato, confidencialidade dos dados obtidos dos utentes.

Peço autorização para utilizar e divulgar os resultados para fins académicos.

Peço deferimento,

Lisboa, __/__/____

(Liliana Ferreira)

Apêndice V - Guião de recolha de dados

GUIÃO DE RECOLHA DE DADOS

Numero _____ Iniciais da Criança _____

1. Sexo: M ☐ F ☐

2. Data de Nascimento _____

3. Vigilância de Saúde

Médico de família _____

Nº de Consultas médicas _____

Vigilância adequada à idade: Sim ☐ Não ☐

PNV: Cumpre ☐ Não cumpre ☐

4. Critério de elegibilidade para vacinar com BCG :

- Provenientes de países com elevada incidência de tuberculose ☐
- Que terminaram o processo de rastreio de contactos e/ou esquema de profilaxia/tratamento ☐
- Pais, outros coabitantes ou conviventes apresentem:
 - Infecção VIH/SIDA (após exclusão de VIH na criança) ☐
 - Dependência de álcool ou de drogas ☐
 - Proveniência, nos últimos 10 anos, de um país com elevada incidência de tuberculose (definidos pela OMS) ☐ País _____
- Pertencentes a comunidades com risco elevado de tuberculose ☐
- Viajantes para países com elevada incidência de tuberculose ☐

5. Identificação dos pais da Criança

	Mãe	Pai
Idade		
Naturalidade		
Profissão		

Apêndice VI - Tabelas referentes à colheita de dados

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos de acordo com o ano de nascimento e sexo

Ano de nascimento	Frequência Absoluta N=37
2013	1
2015	17
2016	19

Sexo	Frequência Absoluta N=37
Masculino	14
Feminino	23

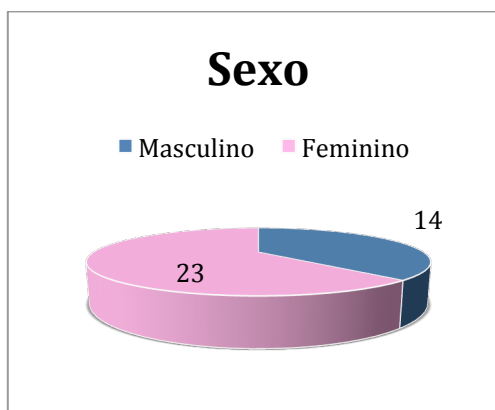
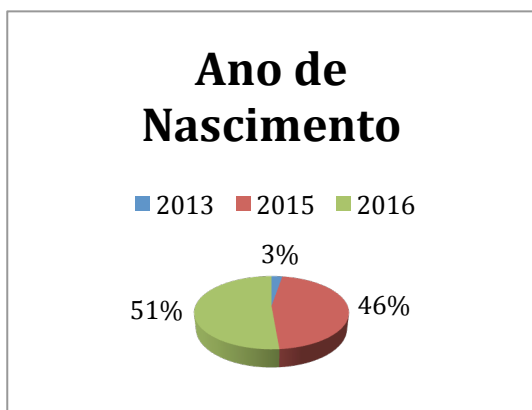


Tabela 2- Distribuição dos sujeitos de acordo com variável vigilância de saúde

Vigilância de saúde	Frequência Absoluta N=37
Adequada	12
Não adequada	25

Plano Nacional Vacinação	Frequência Absoluta N=37
Atualizada	0
Não atualizado	37

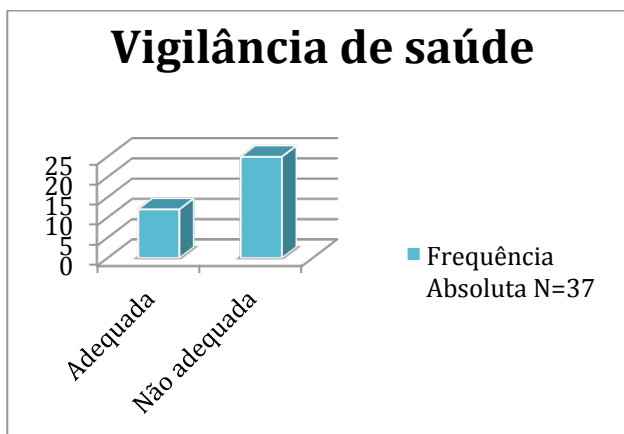


Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com os critérios de elegibilidade para vacinar com BCG

Variável	Frequência Absoluta N=37
Critério de elegibilidade para vacinar com BCG	
Provenientes de países com elevada incidência de tuberculose	1
Que terminaram o processo de rastreio de contactos e/ou esquema de profilaxia/tratamento	0
Pais que apresentem , outros coabitantes / conviventes apresentem :	0
Pais ou coabitantes / conviventes que apresentem Infecção VIH/SIDA(após exclusão de VIH na criança	0
Pais ou coabitantes / conviventes que apresentem dependência de álcool ou de drogas	0
Pais ou coabitantes / conviventes provenientes, nos últimos 10 anos, de país com elevada incidência de Tuberculose (definidos pela OMS)	35
Pertencentes a comunidades com risco elevado de tuberculose	0
Viajantes para países com elevada incidência de tuberculose	1

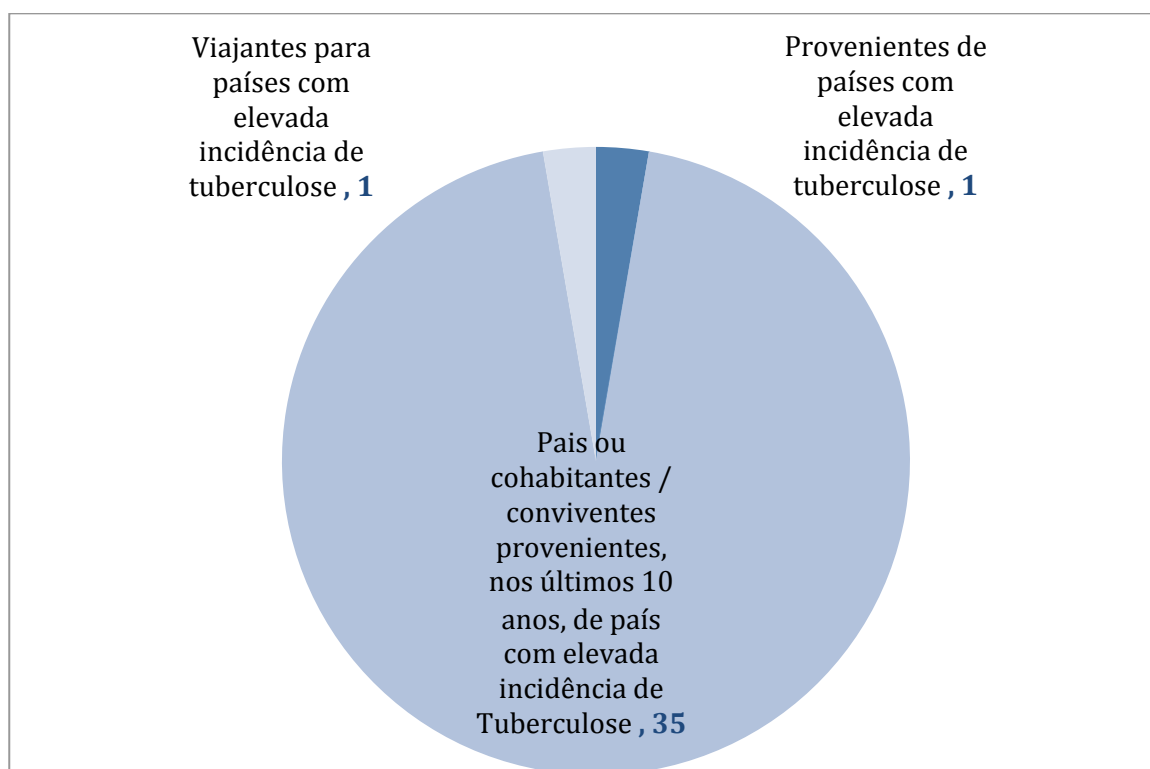


Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos de acordo com variável ano de nascimento dos pais

Idade mãe	Frequência Absoluta N=37
21	1
23	3
25	1
27	1
28	2
29	2
30	2
31	3
32	2
34	3
35	2
36	5
37	6
38	2
43	2

Idade pai	Frequência Absoluta N=37
24	1
30	2
31	2
32	7
35	4
36	3
38	6
39	1
40	1
43	1
45	2
48	1
53	1
sem dados	5

Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos de acordo com variável profissão dos pais

Profissão	Frequência Absoluta N=74
Desempregado	19
Comerciante	10
Empregada de Limpeza	6
Restauração	6
Construção Civil	4
Administrativa	2
Eletricista	2
Esteticista	2
Professora	2
Advogada	2
Empresário	2
Engenheiro	2
Operadora de caixa	2
Segurança	1
Informático	1
Recepcionista	1
Bailarina	1
Psicólogo	1
Militar	1
Estudante	1

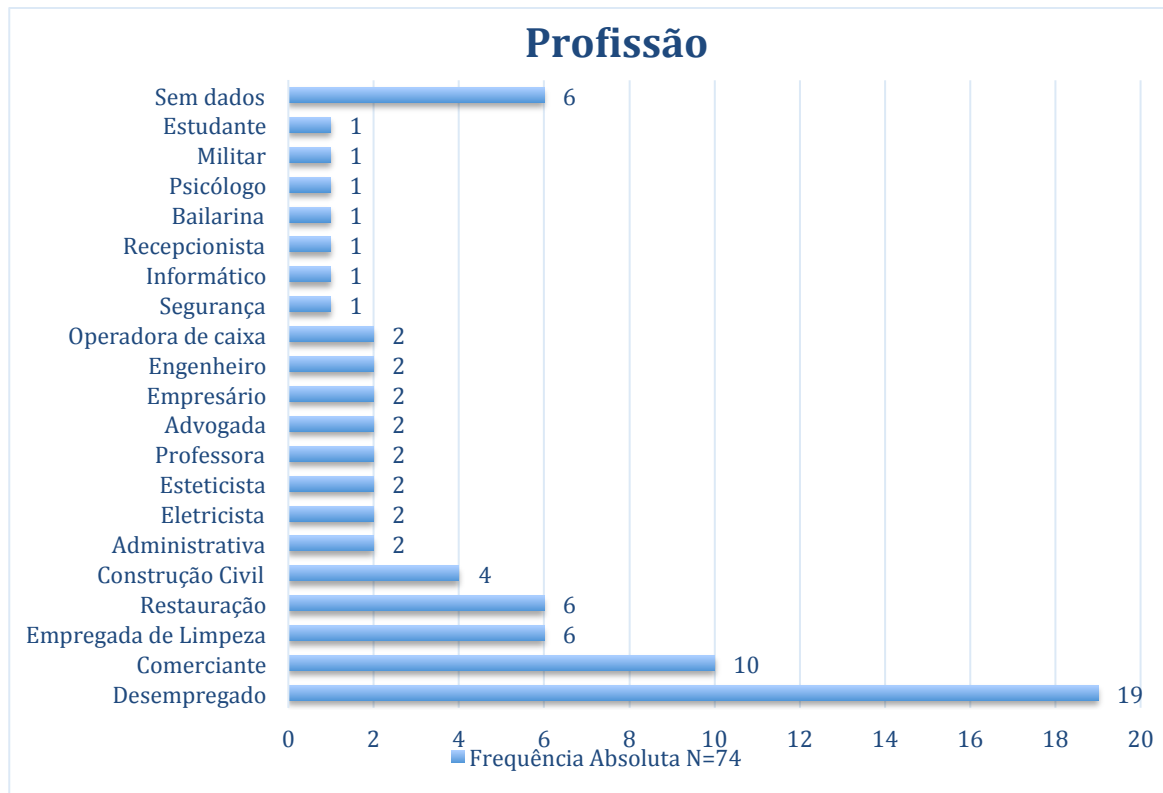
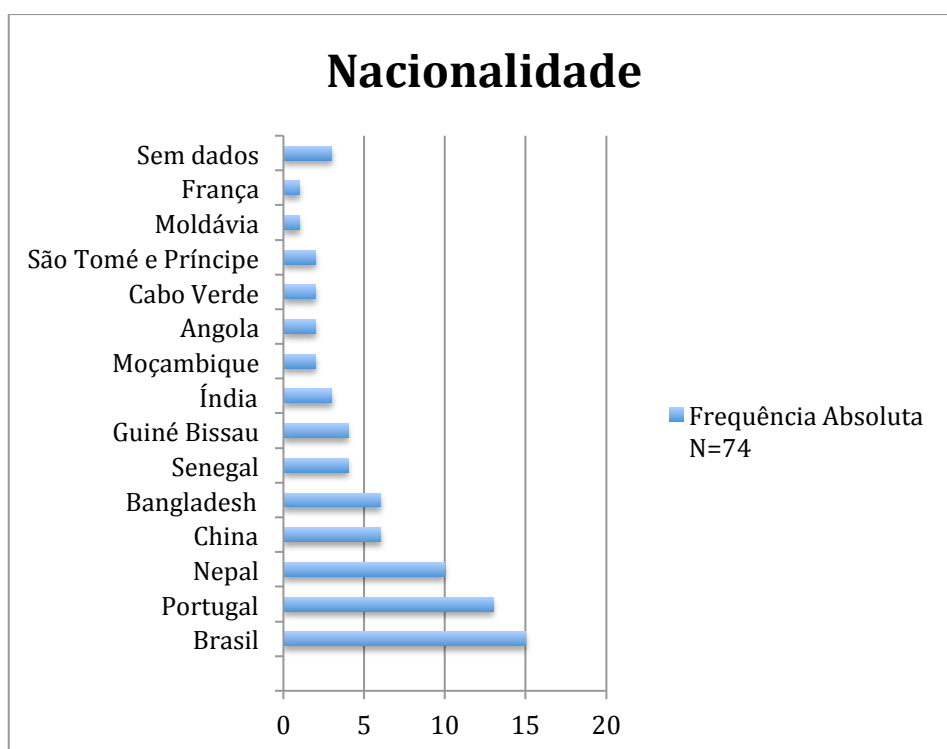


Tabela 6- Distribuição dos sujeitos de acordo com nacionalidade dos pais

Nacionalidade	Frequência Absoluta N=74
<i>Brasil</i>	15
<i>Portugal</i>	13
<i>Nepal</i>	10
<i>China</i>	6
<i>Bangladesh</i>	6
Senegal	4
Guiné Bissau	4
Índia	3
Moçambique	2
Angola	2
Cabo Verde	2
São Tomé e Príncipe	2
Moldávia	1
França	1
Sem dados	3



Apêndice VII - Folheto informativo em Português

Prevenir a Tuberculose Pulmonar

Como se transmite?

A Tuberculose Pulmonar transmite-se por via inalatória: respirar, falar, tossir e espirrar.

SINTOMAS QUE SURGEM:

- Tosse de longa duração com expectoração;
- Cansaço;
- falta de apetite;
- emagrecimento;
- suores noturnos;
- febre ao fim do dia.

AS PESSOAS QUE CONVIVEM COM O DOENTE COM TUBERCULOSE PODEM FICAR DOENTES!

COMO PREVENIR O CONTÁGIO



Uso de máscara pelo doente e pelos conviventes.



Manter a casa arejada, exposta à luz



Tapar sempre a boca, ao tossir ou ao espirrar e lavar as mãos de seguida.

A VACINA BCG PREVINE AS FORMAS GRAVES DE TUBERCULOSE NAS CRIANÇAS

Cuidados a ter após a vacina BCG

No local da vacina aparece uma lesão (borbulha), após 2 a 4 semanas, que demora cerca de 5 meses a cicatrizar. Esta lesão cura espontaneamente e permanece uma cicatriz



Não provoca febre!

- Não colocar desinfetantes, pomadas ou gelo.
- Não espremer
- Não deverá ser administrada nenhuma vacina no braço esquerdo durante os 3 meses seguintes à vacina BCG.
- Pode tomar banho.



Elaborado por Enf.ª Liliana Ferreira

Revisto e aprovado pelo Enf.º Rogério Dinis (Conselho

Clínico) e pelos Responsáveis da Vacinação do ACES Lisboa Central:

Dr.ª Mafalda Castro e Enf.ª Ricardo Ferreira



Apêndice VIII - Folheto informativo em Mandarim

预防肺结核

肺结核是怎样传染的？

肺结核主要通过吸入病菌传染，传播途径有：呼吸、讲话、咳嗽及打喷嚏。

临床表现为：

- 咳嗽
- 疲劳
- 厌食
- 消瘦
- 盗汗
- 晚间发烧

接触肺结核患者会提高染病的风险！

怎样预防感染



患者以及
与患者直接接触的人群都应该使用
卫生口罩。



保持居室空气流通、阳光充足。



咳嗽、打喷嚏时注意捂住口鼻，随即洗手。

接种卡介苗（BCG）能防止孩童 感染多种严重类型的结核病

接种 BCG 后的注意事项

接种 2—4 周后，针口处出现破溃（小脓疱），5 个月后可自行痊愈。

伤口痊愈后会留下小疤痕。



不会引起发烧！

- 请勿使用消毒剂、药膏或冰敷。

- 接种 BCG 后的 3 个月内不可在接种的左手臂注射其他疫苗。

- 可以沐浴。



本宣传海报由 Líliliana Ferreira 护士负责编辑

通过 ACES 里斯本总部疫苗接种负责人员 Mafalda
Castro 医师和 Ricardo Ferreira 护士审阅核准



Apêndice IX - Folheto informativo em Inglês

BCG VACCINE PREVENTS SERIOUS FORMS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN

Care after the BCG vaccine

At the site of the vaccine appears an injury (bubble), after 2 to 4 weeks, that takes about 5 months to heal.

This lesion heals spontaneously and remains a scar.



Does not cause fever!

- Do not use disinfectants, ointments or ice.
- Do not squeeze.
- No vaccine should be given to the left arm during the 3 months following the BCG vaccine.
- You can take a shower.



Elaborado por Enf.^a Liliana Ferreira
Revisito e aprovado pelo Enf.^o Rogério Dinis (Conselho Clínico) e pelos Responsáveis da Vacinação do ACES Lisboa Central: Dr.^a Mafalda Castro e Enf.^o Ricardo Ferreira

Preventing Pulmonary Tuberculosis

How is it transmitted?

Pulmonary tuberculosis is transmitted by inhalation: breathing, speaking, coughing and sneezing.

SYMPTOMS THAT ARISE:

- long-term cough with expectoration;
- tiredness;
- lack of appetite;
- weight loss;
- night sweats;
- fever at the end of the day.

PEOPLE WHO LIVE WITH THE TUBERCULOSIS PATIENT CAN BE SICK!

How to PREVENT



Use of mask by the patient and the cohabitants.



Keep the house airy, exposed to sunlight



Always cover your mouth when coughing or sneezing and wash hands then

Apêndice X - Plano da sessão individual de Educação para a Saúde

Plano da sessão individual de Educação para a Saúde

Atividade	Sessão individual de educação para a saúde
Quem	Enfermeira
Quando	Novembro de 2016 a Janeiro de 2017
Onde	UCSP Alameda
Como	<p>Elaboração de folheto informativo em vários idiomas</p> <p>Apresentação e desenvolvimento do tema</p> <p>Entrega e explicação do folheto informativo</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p> <p>Registos no programa SClinico da consulta de enfermagem efetuada e educação para a saúde realizada.</p>
Objetivos (que se pretende atingir com a Sessão individual de EpS)	<p>-Aumentar o conhecimento sobre a prevenção da tuberculose em 75%</p> <p>-Aumentar o conhecimento sobre a vacina BCG em 75%</p> <p>-Promover comportamentos de adesão à vacina BCG em 95 %</p>
Avaliação de atividade e resultado do conjunto das Sessões individuais de EpS	<p>Nº sessões efetuadas / Nº sessões previstas.</p> <p>Nº participantes que identifique pelo menos dois sinais-sintomas da doença / Nº total de participantes em sessões de EpS.*</p> <p>Nº participantes que identifiquem o meio de transmissão da doença da tuberculose após a sessão de EpS / Nº total de participantes em sessões de EpS.*</p> <p>Nº participantes que refira a vacina BCG como meio de proteção de formas graves de tuberculose nas crianças/ Nº total de participantes em sessões de EpS.*</p>

*Dados obtidos por via oral após a sessão de EpS.

Apêndice XI - Plano da sessão em grupo de Educação para a Saúde

Plano de sessão em grupo de Educação para a Saúde

Data: 30/11/2016

Hora: 14horas

Duração: 30 min

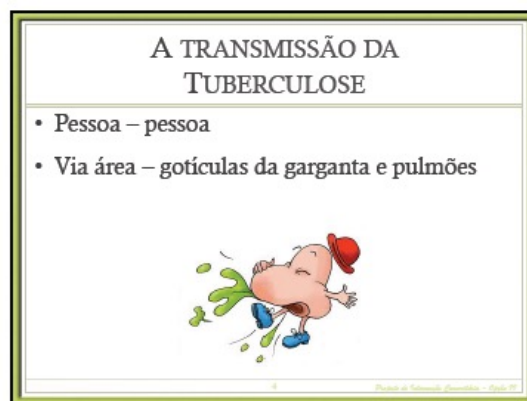
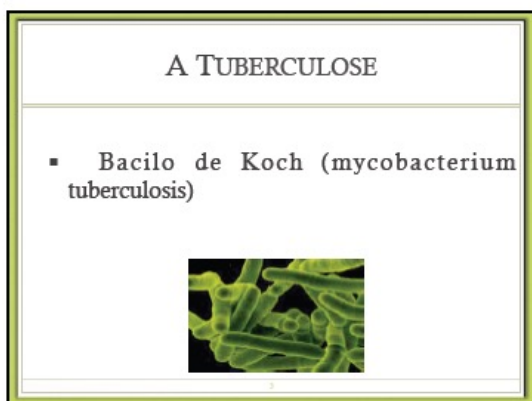
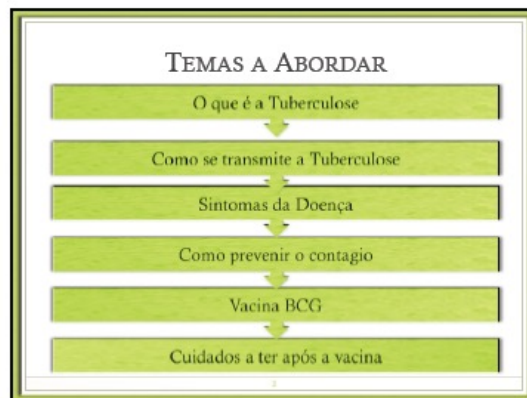
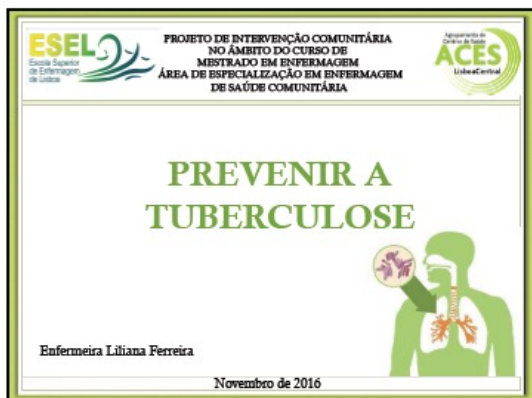
População-alvo: Famílias

Local: Sala de espera da saúde Infantil da UCSP Alameda

Material: computador, projetor, diapositivos

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	Presença de 75% das famílias convocadas
Desenvolvimento	Exposição do tema “Prevenir a Tuberculose Pulmonar” <ul style="list-style-type: none"> - Definição de tuberculose - Meio de transmissão - Sintomas - Prevenção do contágio - Importância da vacina BCG - Cuidados a ter após vacina BCG Convite à participação dos pais .	Expositivo Interrogativo	15 min	Participação ativa das famílias presentes
Conclusão	Resumo da sessão Avaliação da sessão Agradecimentos	Expositivo Interrogativo	10 min	Aplicação do questionário de avaliação da sessão

Apêndice XII - Diapositivos da sessão em grupo de Educação para a Saúde



A TUBERCULOSE

- **CONTAGIOSA:**
 - Tuberculose pulmonar
 - Tuberculose das vias áreas superiores



TUBERCULOSE

- **As pessoas que vivem com o doente com Tuberculose Pulmonar podem ficar doentes!**



- Quanto maior o tempo de convivência maior a probabilidade de contágio.



TUBERCULOSE

É importante atuar a nível da prevenção da Tuberculose!



COMO PREVENIR O CONTÁGIO?



Uso de máscara pelo doente e pelos conviventes limita o número de bacilos libertados para o ar e impede a sua inalação

9

COMO PREVENIR O CONTÁGIO?



Manter a casa arejada, exposta à luz solar e limpa, para diminuir o número de bacilos no ar.

10

COMO PREVENIR O CONTÁGIO?



Tapar sempre a boca ao tossir ou ao espirrar e lavar as mãos de seguida

11

COMO PREVENIR O CONTÁGIO?

Evite transportes e lugares públicos.

Não é necessário separar a louça.

SE ESTIVER DOENTE

O contacto com sangue não é causa de contágio

As relações sexuais favorecem o contágio pela proximidade, mas não são a causa direta.

COMO PREVENIR O CONTÁGIO?

Detetar a Tuberculose e realizar o tratamento completo é fundamental!

13

Onde é feito o diagnóstico, rastreio e tratamento da Tuberculose ?

- Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP)
- Centro de Saúde



A VACINA BCG

- A vacina contra a Tuberculose (BCG) é composta por bacilos vivos atenuados.

- **A vacina BCG previne as formas graves de Tuberculose nas crianças!**

14

Processo de Segurança Alimentar - Slide 13

A VACINA BCG

É administrada no braço esquerdo


↓
No local da vacina aparece uma lesão (borbulha), após 2 a 4 semanas, que demora cerca de 5 meses a cicatrizar.

↓
A lesão cura espontaneamente

↓
Não provoca Febre

15

Processo de Segurança Alimentar - Slide 14

CUIDADOS A TER APÓS A VACINA BCG 

Não colocar desinfetantes, pomadas ou gelo.

Pode tomar banho

Permaneça uma cicatriz.

CUIDADOS A TER APÓS A VACINA BCG

Não deverá ser administrada nenhuma vacina no braço esquerdo durante os 3 meses seguintes à vacina BCG

Vacinas vivas como a VASPR ou a Rotavirus só podem ser administradas no mesmo dia da vacina BCG ou com 4 semanas de intervalo



DUVIDAS ?

PERGUNTAS ?

OBRIGADA!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011) - Programa Nacional de Vacinação 2012. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis. ISBN 972-675-136-5

Direcção Geral da Saúde (2015). Portugal Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números – 2015. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. Direcção Geral de Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose. Direcção Geral de Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2006). Tratamento da Tuberculose. Linhas Orientadoras para Programas Nacionais. Direcção Geral de Saúde

Direcção Geral da Saúde (2016). Norma I Nº 001/2016 de 12/02/2016. Vacinação de crianças (< 6 anos de idade) pertencentes a grupos de risco para a tuberculose com a vacina BCG. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Apêndice XIII – Instrumento de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Comunitária

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Prevenir a Tuberculose

Data: 30 de Novembro de 2016

Duração: 30min

Numa escala de 0 (mau) a 5 (muito bom) avalie a sessão que acabou de ouvir colocando um circulo no valor desejado.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Os assuntos tiveram interesse? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Os temas abordados têm utilidade no dia a dia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. A formadora utilizou uma linguagem clara? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Aspetos positivos:

Aspetos Negativos:

Sugestões:

OBRIGADA! 😊

Apêndice XIV - Plano para atualização da situação vacinal

Plano para atualização da situação vacinal

Atividade	Administrar a vacina BCG
Quem	Enfermeira
Quando	Até Janeiro de 2017
Onde	UCSP Alameda
Como	Identificar as crianças elegíveis para vacina BCG Convocar para vacinação Atualizar o registo vacinal (SINUS, e Boletim Individual de Saúde). Registar no SClinico a adesão á vacinação Conhecer a história clínica da criança e família. Administrar a vacina BCG, se reunidas as condições necessárias.
Objetivo (que se pretende atingir)	Vacinar 95 % das crianças, diminuindo assim o risco de formas graves de tuberculose.
Avaliação	Número de crianças vacinadas/ Numero de crianças convocadas